

Yksilökeskeinen terveystuun- nitelma tyypin 1 diabetesta sairastavalle kehi- tysvammaiselle henkilölle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Kaisa Hänninen
Tiia Mäkinen
Niina Niinimäki

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HÄNNINEN, KAISA,
MÄKINEN, TIIA &
NIINIMÄKI, NIINA:

Yksilökeskeinen terveystuunnitelma
tyypin 1 diabetesta sairastavalle
kehitysvammaiselle henkilölle

Hoitotyön opinnäytetyö

36 sivua, 31 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia Lahden kaupungin vammaispalveluille selkokielinen yksilökeskeinen terveystuunnitelma tyypin 1 diabetesta sairastavan kehitysvammaisen henkilön ohjauksen tueksi. Yksilökeskeisen terveystuunnitelman tarkoituksena on edistää tyypin 1 diabetesta sairastavien kehitysvammaisten henkilöiden tietämystä sairaudestaan sekä edistää heidän taitojaan sairauden hoitamisessa. Terveystuunnitelman tarkoituksena on kehittää kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietotaitoa tyypin 1 diabeteksesta. Yksilökeskeinen terveystuunnitelma toimii kehitysvammaisen diabeetikon sairauden hoidon ohjenuorana.

Yksilökeskeinen terveystuunnitelma tehtiin tiiviissä yhteistyössä Lahden kaupungin vammaispalvelujen kanssa. Terveystuunnitelma toteutettiin sähköisenä versiona, jotta se on helposti muokattavissa kehitysvammaisen henkilön yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lahden kaupungin vammaispalvelujen yksiköissä yksilökeskeistä terveystuunnitelmaa voidaan käyttää joko sähköisenä tai tulostettuna versiona.

Opinnäytetyön teoriaosuuden tärkeimmiksi aihealueiksi muodostuivat tyypin 1 diabetes, kehitysvammaisuus, yksilökeskeisyys sekä kehitysvammaisen diabeetikon ohjaus. Opinnäytetyö on kaksiosainen. Se sisältää tämän raporttiosuuden sekä yksilökeskeisen terveystuunnitelman tyypin 1 diabeteksesta. Tämä toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin vuosien 2015 ja 2016 aikana.

Asiasanat: tyypin 1 diabetes, kehitysvammaisuus, yksilökeskeisyys, terveystuunnitelma, ohjaus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

HÄNNINEN, KAISA,
MÄKINEN, TIIA &
NIINIMÄKI, NIINA

Person centered health action plan
for mentally disabled person with type
1 diabetes

Bachelor's Thesis in Nursing

36 pages, 31 pages of appendices

Autumn 2016

ABSTRACT

The aim of this thesis was to make a person centered health action plan about type 1 diabetes in plain language for Lahti Services for the Disabled. It is meant to support mentally disabled in guidance of treating type 1 diabetes. The purpose of the person centered health action plan is to increase mentally disabled diabetics' understanding of their illness and improve their skills in treating the disease. Furthermore, the purpose of the person centered health action plan is to increase the nursing staff's knowledge and skills to treat type 1 diabetes. The person centered health action plan is a guideline for treating mentally disabled persons type 1 diabetes.

The person centered action health plan was done in close cooperation with Lahti Services for the Disabled. It was made in an electronic format so it is easier to modify to meet the individual needs of mentally disabled diabetics. The person centered health action plan can be used in the units of Lahti Services for the Disabled. They can use its electronic or print version.

The main themes of the theoretical part of this thesis are type 1 diabetes for mentally disabled, person centeredness and guidance of mentally disabled diabetics. The thesis has two parts. It includes this report and a person centered health action plan about type 1 diabetes. The thesis was made in 2015 and 2016.

Key words: type 1 diabetes, mentally disabled, person centered, health action plan, guidance

SISÄLLYS

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA	2
2.1	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	2
2.2	Kohdeorganisaation kuvaus	2
3	KEHITYSVAMMAISUUS JA OMAN ELÄMÄN HALLINTA	3
3.1	Kehitysvamman ilmeneminen	3
3.2	Kehitysvammaisen henkilön tukeminen ja ohjaus	7
3.3	Kehitysvammainen oman elämänsä ohjaajana	9
3.4	Yksilökeskeinen terveyssuunnitelma	11
4	TYYPIN 1 DIABETES OSANA ELÄMÄÄ	13
4.1	Tyypin 1 diabeteksen esiintyminen	13
4.2	Tyypin 1 diabeteksen hoito	14
4.3	Kehitysvammaisen diabeetikon ohjaus	20
5	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	25
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	25
5.2	Opinnäytetyön eteneminen ja tiedonhankinta	25
5.3	Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman toteutus	28
5.4	Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman palaute	29
6	POHDINTA	32
6.1	Opinnäytetyön arviointi ja hyödynnettävyys	32
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	33
6.3	Kehittämisen- ja jatkotoimenpide-ehdotukset	35
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Suomessa käytössä olevaa yksilökeskeistä elämänsuunnittelua käytetään kehitysvammaisten henkilöiden itsenäistymisen tukena. Sitä voivat toteuttaa kaikenikäiset henkilöt vammasta tai sairaudesta riippumatta. Elämänsuunnittelu kerryttää tietoa henkilöstä itsestään. Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu valmistaa henkilöä kertomaan itsestään eri tilanteissa. Elämänsuunnittelun pohjana on henkilö itse. Elämänsuunnitteluun on tarkoitus kirjata asiat, jotka ovat henkilölle tärkeitä. (Verner 2015.)

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimiva Lahden kaupungin vammaispalvelut halusi ottaa yksiköissään käyttöön yksilökeskeisen terveystuennitelman, jota olisi helppo hyödyntää yksilökeskeisen elämänsuunnittelun rinnalla. Sen vuoksi kehitimme toimeksiantajallemme yksilökeskeisen terveystuennitelman, joka keskittyy tyypin 1 diabetekseen. Tyypin 1 diabetes valikoitui terveystuennitelman aiheeksi oman kiinnostuksen ja opinnäytetyömme toimeksiantajan tarpeiden pohjalta.

Yksilökeskeinen terveystuennitelma ei ole vielä käytössä Suomessa. Sen sijaan esimerkiksi Iso-Britanniassa kehitysvammaisilla henkilöillä on lain mukaan oltava käytössä yksilökeskeinen terveystuennitelma. (Karesvuori & Haikonen 2015.)

Yksilökeskeisen terveystuennitelman lähtökohtana on, että sairaus ei ole este ihmisen hyvinvointiin ja hyvään elämään (Karesvuori & Haikonen 2015). Näistä lähtökohdista lähdimme työstämään yksilökeskeistä terveystuennitelmaa tyypin 1 diabeteksestä.

Opinnäytetyöprosessin aikana perehdyimme tyypin 1 diabetekseen, yksilökeskeiseen terveystuennitelmaan ja kehitysvammaisen henkilön ohjaukseen. Opinnäytetyöprosessin tuotoksena syntyi yksilökeskeinen terveystuennitelma tyypin 1 diabetesta sairastavan kehitysvammaisen ohjauksen tueksi.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

2.1 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena on laatia Lahden kaupungin vammaispalveluille selkokielineen yksilökeskeinen terveyssuunnitelma tyypin 1 diabetesta sairastavan kehitysvammaisen henkilön ohjauksen tueksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää tyypin 1 diabetesta sairastavien kehitysvammaisten henkilöiden tietämystä sairaudestaan sekä edistää heidän taitojaan sairauden hoitamisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös kehittää vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietotaitoa tyypin 1 diabeteksesta. (Karesvuori & Haikonen 2015.)

2.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Lahden kaupungin vammaispalvelut tarjoavat vammaispalvelulain mukaisia palveluja, kuten esimerkiksi palveluasuminen, henkilökohtainen apu, päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat apuvälineet ja laitteet sekä sopeutumisvalmennus. Vammaispalvelujen sosiaaliohjaajat antavat ohjausta ja neuvontaa vammaispalveluja hakevalle henkilölle ja hänen omaisilleen. (Lahden kaupunki 2015.)

Lahden kaupungin vammaispalveluilla on yhteensä 11 palvelutaloa ja kaksi toimintakeskusta. Näissä yksiköissä työskentelee noin 250 työntekijää. Yksiköt tarjoavat palveluita noin 600–700 kehitysvammaiselle lahtelaiselle henkilölle. Asiakkaita on myös muista kunnista. Vammaispalveluiden tarkoituksena on erilaisin tukitoimin edistää vammaisten henkilöiden hyvinvointia. Tavoitteena on, että vammaisen henkilö voi saavuttaa yhdenvertaisen ja itsenäisen elämän. (Karesvuori & Haikonen 2015.)

3 KEHITYSVAMMAISUUS JA OMAN ELÄMÄN HALLINTA

3.1 Kehitysvamman ilmeneminen

WHO:n määritelmässä kehitysvammaisuudella tarkoitetaan ennen aikuisuutta alkanutta merkittävästi alentunutta kykyä ymmärtää, oppia ja soveltaa uusia tai monimutkaisia taitoja tai asioita. Nämä asiat vaikuttavat heikentävästi kykyyn selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 16; World Heath Organisation 2015.)

Kehitysvammaisuudelle on useita syitä. Suurin niistä on perintötekijöistä johtuvat syyt (30 %). Muita syitä kehitysvammaisuudelle ovat sikiöaikaiset epämuodostumat (8 %), ulkoiset sikiöaikaiset syyt (11 %), syntymään liittyvät syyt (12 %) ja lapsuusaikaan liittyvät syyt (8 %). Lisäksi osa kehitysvammojen syistä jää tuntemattomaksi (25 %) tai syytä ei ole ilmoitettu (6 %). (Kaski ym. 2012, 26.)

Kehitysvamma ilmenee laaja-alaisena ja kehitysvammaisen henkilön sosiaaliset-, kielelliset- ja älylliset taidot ovat heikommat vammattomaan ikätoveriin verrattuna. Myös omatoimisuustaidot, motoriset taidot sekä tarkkaavaisuus- ja hahmottamiskyky ovat heikommat kuin vammattomien ikätoverien. (Arvio & Aaltonen 2011, 25.)

Kehitysvammadiagnoosin kriteerit ovat ICD-10 eli Maailman terveysjärjestön syy- ja tautikohtaisessa diagnoosiluokituksen mukaan seuraavat:

1. Psykologin suorittamassa tutkimuksessa älykkyysosamäärä jää alle 70:n.

2. Adaptiiviset eli käsitteelliset, sosiaaliset ja käytännölliset taidot eivät vastaa ikäodotuksia.

3. Vamma ilmenee kehitysiässä. (Arvio & Aaltonen 2011, 12.)

Kehitysvammaisuus jaetaan vammaisuusasteisiin. Kehitysvammaisuusasteilla ilmaistaan, kuinka vaikea kehitysvamma henkilöllä on. Vammaisuusasteita ovat lievä älyllinen kehitysvammaisuus, keskiasteinen kehitysvammaisuus, vaikea älyllinen kehitysvammaisuus ja syvä kehitysvammaisuus. (Kaski ym. 2012, 20–21; The Centre for Developmental Disability Health Victoria 2014.)

Lievässä kehitysvammaisuudessa esiintyy oppimisvaikeuksia. Tällöin tuel-
la ja ohjauksella on suuri merkitys. Lievästi kehitysvammaiset henkilöt voi-
vat oppia lukemaan ja kirjoittamaan riippuen oppimismahdollisuuksista.
Suurin osa heistä voi myös tehdä töitä ja huolehtia päivittäisistä asioista
itsenäisesti. Keskiasteinen kehitysvammaisuus tuo laajempia kehityksen
viiveitä, mutta henkilöt kykenevät saavuttamaan riittävän kommunika-
tiokyvyn ja riippumattomuuden itsensä hoidossa. Tuen avulla on mahdol-
lista kehittyä päivittäisissä taidoissa melko itsenäiseksi. (Kaski ym. 2012,
20–21; The Centre for Developmental Disability Health Victoria 2014.)

Vaikeissa kehitysvammoissa jatkuva tuki ja ohjaus on välttämätön. Monilla
vaikeasti vammaisilla on kommunikointivaikeuksia. He eivät välttämättä
kommunikoi sanallisesti, vaan käyttävät ilmeitä ja kehonkieltä ilmaistak-
seen tunteitaan ja tarpeitaan. Syvästi kehitysvammainen henkilö on täysin
riippuvainen toisista ihmisistä, sillä hänen on vaikea huolehtia henkilökoh-
taisista asioistaan vaikeiden kommunikointi- ja liikkumisvaikeuksien takia.
Nämä vaikeudet johtavat jatkuvan hoivan tarpeeseen. (Kaski ym. 2012,
20–21; The Centre for Developmental Disability Health Victoria 2014.)

Kuluneiden vuosikymmenten aikana tehtyjen tutkimusten mukaan suoma-
laisväestöstä noin yksi prosentti on kehitysvammaisia (taulukko 1) (Arvio &
Aaltonen 2011, 15).

TAULUKKO 1. Kehitysvamma-asteiden jakautuminen Suomessa

Kehitysvammaisuuden aste	Henkilömäärä	Henkilömäärä prosentteina koko väestöstä
Lievästi kehitysvammainen (ÄO 50–70)	noin 30 000	noin 0,6 %
Keskivaikeasti kehitysvammainen (ÄO 35–49)	noin 10 000	noin 0,2 %
Vaikeasti kehitysvammainen (ÄO 20–34)	noin 5 000	noin 0,1 %
Syvästi kehitysvammainen (ÄO alle 20)	noin 5 000	noin 0,1 %

Kehitysvammaisuuteen suhtaudutaan eri kulttuureissa eri tavalla. Vaikka kehitysvammainen henkilö on pohjimmiltaan samanlainen ihminen kuin kaikki muutkin, vammaisen henkilön riippuvuus muista ihmisistä synnyttää erilaisia ennakkoluuloja ja asenteita kehitysvammaisia kohtaan. Sosiaalisesta näkökulmasta yksilön ominaisuudesta tulee vammaisuutta yhteiskunnan asettamien asenteiden ja esteiden kautta. Kehitysvamman tuomiin rajoituksiin vaikuttaa se, kuinka kehitysvammaisen henkilön toimiminen ja esimerkiksi liikkuminen on mahdollistettu yhteiskunnassa. (Seppälä & Rajaniemi 2013.)

Kehitysvammaisuus on suhteellisen pysyvä tila, eikä kehitysvammaisuutta voida poistaa hoitotoimenpiteillä. Kehitysvammaisen henkilön tärkein kehitykseen vaikuttava tekijä jokapäiväisessä elämässä ei useinkaan ole kehitysvammaisen henkilön vamma. Eniten kehitykseen vaikuttaa kehitysvammaisen, hänen perheensä ja ympäristön vuorovaikutus ja miten perheen tavallinen elämä saadaan sujumaan. Kehitystä ja toimintakykyä edistävä toiminta on osallistumista normaaleihin päivittäisiin toimiin, kuitenkin

vammaisuudesta johtuvat erityispiirteet huomioiden. (Kaski ym. 2012, 155–174.)

Kehitysvammaisen henkilön toimintakyky eri tilanteissa ja ympäristöissä näyttäytyy erilaisena. Toimintakyky riippuu paljon olosuhteista, joissa henkilö toimii. Esimerkiksi kotiympäristössä kehitysvammaisen henkilön toimintakyky voi olla aivan erilainen kuin työympäristössä. Kehitysvammaisen henkilön vaikeudet johtuvat usein siitä, että hänen toimintakykynsä ja tilanteista nousevat vaatimukset ovat keskenään ristiriidassa. Tällaisissa tilanteissa kehitysvammaisen henkilön toimintakyky ei riitä suoriutumaan tilanteesta, vaan hän tarvitsee auttamista ja ohjausta. (Seppälä & Leskelä-Ranta 2014.)

Kehitysvammaisilla henkilöillä voi olla vaikeuksia ymmärtää aistihavaintojensa tuomaa informaatiota. Aistien käsittelyyn vaikuttaa yksilön kyky katsoa, kuunnella, huomioida ja reagoida ympäristön ärsykkeisiin. Aistitoimintojen kehitystä tuetaan jo varhaisessa vaiheessa. Lapselle tarjotaan tietoisesti erilaisia aistiärsykeitä, jolloin päämääränä on edistää lapsen aistihavaintojen jäsentymistä eli sensorista integraatiota. Sensorisella integraatiolla tarkoitetaan kykyä reagoida johonkin aistiärsykkeeseen tarkoituksenmukaisesti. Aistivammaisen henkilön kuntoutumiseen kuuluu olennaisesti erilaisten aistiärsykkeiden tarjoaminen ja apuvälineet. Perusapuvälineitä ovat muun muassa kuulokojeet ja silmälasit. Nykyisin on myös käytössä erilaisia tietokoneavusteisia ja teknisiä laitteita. (Kaski ym. 2012, 176–177; Disability Information Service 2013, 2.)

Kommunikaatiotaidot alkavat kehittyä pian syntymän jälkeen. Kommunikaatiotaitojen kehittymiseen tarvitaan vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä. Kehitysvammaisuuteen liittyy lähes aina puheen kehityksen viivästyminen ja kommunikaatioon liittyviä erityisvaikeuksia. Kehitysvammaisella henkilöllä ongelmia voi esiintyä asioissa, jotka edellyttävät kommunikaatiota. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa ryhmässä toimiminen, muiden ihmisten seuraan hakeutuminen ja aloitteellisuus. Kommunikaatiotaitojen opetuksessa tavoitteena on tukea sisäisen kielen kehittymistä, op-

pia tunnistamaan tunteitaan ja yhdistämään niitä sopivaan ilmaisuun. (Koivikko & Autti-Rämö 2006; Kaski ym. 2012, 177–181.)

Sanallisen ja puhetta korvaavan kielen kehittymisen apuna käytetään symbolifunktiota. Symbolifunktiolla tarkoitetaan sanojen, kuvien tai viittomien muuttamista signaaleista symboleiksi. AAC-menetelmät eli puheen kehitystä ja sitä korvaavat menetelmät otetaan mahdollisimman varhain käyttöön, jos kommunikaatio ei kehity toivotulla tavalla. Aikuisen kehitysvammaisen henkilön kanssa keskustellessa keskustelukumppanilta odotetaan kiinnostusta ja kärsivällisyyttä. Taito ilmaista ajatuksia ja toiveita opitaan vasta, kun vuorovaikutus keskustelusuhteessa on tasa-arvoinen. Ongelmat kommunikaatiossa ja sosiaalisissa taidoissa voivat johtaa kehitysvammaisen henkilön eristäytymiseen, käytöshäiriöihin ja alisuoriutumiseen. (Koivikko & Autti-Rämö 2006; Kaski ym. 2012, 177–181.)

Motoriset taidot ovat kokonaiskehityksen kannalta tärkeitä. Kehitysvammaan liittyy usein kömpelyyttä, joka painottuu hienomotoriikkaan ja vaikuttaa usein myös karkeamotoriikkaan. Lapsen ja nuoren kokonaismotoriikkaan vaikuttaa yleinen liikkumisen vähyys, joka heikentää fyysistä suorituskkyä ja lihasvoimaa ja lisää ylipainon mahdollisuutta. Toiminnalliset ja selkeät, päämäärään pyrkivät harjoitukset parantavat selviytymiskykyä ja itsenäisyyttä. Erilaisia kokonaismotoriikkaa edistäviä harjoituksia tehdään päivittäisten toimintojen ja leikkien yhteydessä. Liikunnan ja motoristen taitojen kehittämisen avuksi on paljon erilaisia apuvälineitä, kuten seiso- ja kävelytelineet. Lapsen fysioterapialla on tärkeä tehtävä arkiliikunnan tukemisessa ja sopivan liikunnallisen harrastuksen löytämisessä. (Koivikko & Autti-Rämö 2006; Kaski ym. 2012, 181–184.)

3.2 Kehitysvammaisen henkilön tukeminen ja ohjaus

Kehitysvammaisten henkilöiden kanssa työskennellessä heihin suhtaudutaan kuin muihinkin ihmisiin, kuitenkin ikävaihe, tilanne ja kehitysvamman tuomat erityispiirteet huomioon ottaen (Kaski ym. 2012, 188–189). Kehitysvammaisten henkilöiden on kyettävä oppimaan uusia taitoja ja paran-

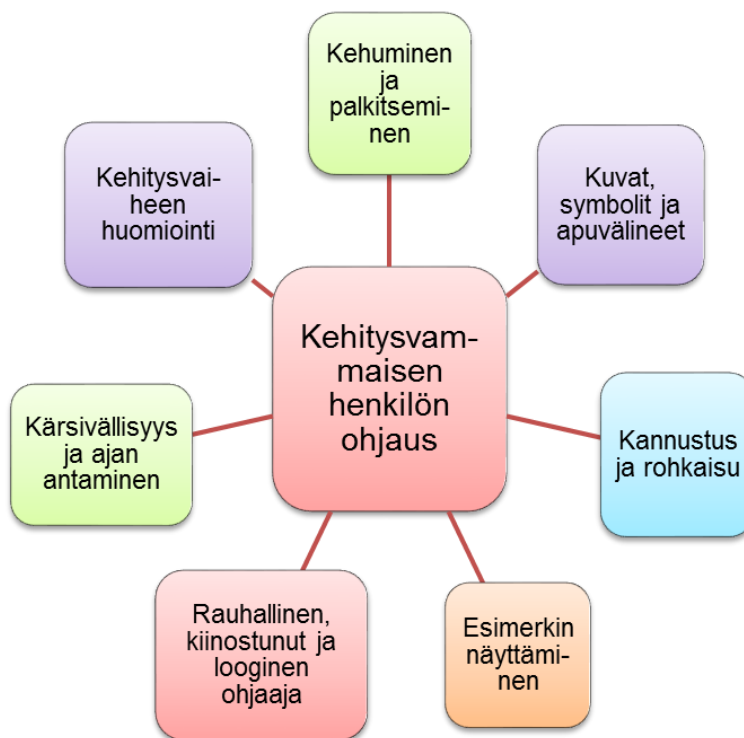
tamaan ja ylläpitämään nykyisiä taitojaan koko elämänsä ajan. Tavoitteena on vähentää kehitysvamman vaikutuksia kehittämällä kehitysvammaisen henkilön omia vahvuuksia ja auttaa kehitysvammaista henkilöä oppimaan uusia taitoja. (Disability Information Service 2013, 3–4.)

Kehitysvammaisen henkilön omatoimisuutta tuetaan opettamalla hänelle erilaisia taitoja, jotka lisäävät itsenäisyyttä päivittäisissä toiminnoissa ja oman elämän hallinnassa. (Kaski ym. 2012, 188–189). Kun kehitysvammaiselle henkilölle opetetaan uusi taito, on tärkeää tietää, missä kehitysvaiheessa kehitysvammaisen on. Kehitysvammaiselle henkilölle ei voida opettaa taitoa, joka edellyttää jotain muuta taitoa, mitä kehitysvammaisen ei vielä osaa. Esimerkiksi lapsien on opittava ensin ryömimään ennen kuin he oppivat kävelemään. (Disability Information Service 2013, 3–4.)

Turvallisuudentunne ja turvallinen vuorovaikutussuhde kehitysvammaisen ja hänen ohjaajansa välillä lisäävät motivaatiota uuden oppimiseen. Uusia asioita opetellaan esimerkiksi leikin muodossa ja monia taitoja kehitysvammaisen oppii jäljittelemällä. Kehitysvammaiset lapset ja aikuiset reagoivat yleensä helposti kiitokseen ja kannustukseen. Näin ollen on tärkeää huomioida kehitysvammaisen henkilön ponnistukset ja palkita hänet saavutuksistaan kehuilla ja palkinnoilla. Motivointi ja systemaattinen palkitseminen vahvistavat oppimista. Rohkaisu ja kannustus auttavat kehitysvammaista henkilöä rakentamaan omia vahvuuksiaan ja auttavat uusien taitojen oppimisessa (kuvio 1). Menestyminen ja hyvä palaute siitä, mitä teemme, lisää luottamusta ja motivaatiota oppia uusia asioita. (Kaski ym. 2012, 188–189; Disability Information Service 2013, 3–4.)

Kehitysvammaisia henkilöitä ohjatessa on hyvä huomioida, että joillekin toiminnan aloittaminen voi olla haasteellista. Toiminnan alkuun auttaminen helpottaa suoriutumisessa, mutta kehitysvammaisen henkilön puolesta ei saa tehdä asioita. Kehitysvammaiselle henkilölle on annettava tarpeeksi aikaa. Ohjaajan on oltava rauhallinen, kiinnostunut, kannustava ja looginen kehitysvammaisia henkilöitä ohjatessaan. (Mäki 2008.) Ohjauksen tulee olla huolellista ja sen tukena voidaan käyttää erilaisia kuvia ja sym-

boleita. Kuvat ja symbolit toimivat sanallisen ohjauksen tukena ja helpottavat kehitysvammaisen henkilön ymmärtämistä. (Kaski ym. 2012, 178, 188–189.)



KUVIO 1. Kehitysvammaisen henkilön ohjaus

3.3 Kehitysvammainen oman elämänsä ohjaajana

Kehitysvammaisen henkilön elämää koskevasta päätöksenteosta on perinteisesti saatettu ajatella, että kehitysvammainen henkilö ei itse pysty tekemään päätöksiä älykkyyden ja toimintakyvyn vajavuuden takia. Kehitysvammaisen henkilön omaa päätöksentekoprosessia on pyritty turvaamaan muun muassa lainsäädännöllä. (Huuhka & Suominen 2010, 29.)

Käsitys kehitysvammaisuudesta on muuttunut viimeisen vuosisadan aikana vammaisen yksilöllisyyden tunnistamista ja yksilöllistä tukemista kohti. Kehitysvammainen henkilö on siirtymässä oman elämänsä ohjaajaksi. Tavoitteena on, että kehitysvammainen henkilö, oman itsemääräämisoikeuden puitteissa, saa tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. (Arvio & Aaltonen 2011, 178.) Oman elämän ja päätöksenteon hallinnan kokemuk-

sella on todettu olevan vaikutusta itsenäisyyden lisääntymiseen (Huuhka & Suominen 2011, 29). Kun kehitysvammaisille henkilöille tarjotaan oikeat välineet, pystyvät he yleensä tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä (Seppälä & Rajaniemi 2013).

Päätöksenteon tueksi kehitysvammaiselle henkilölle pitää selittää selkokielesti, mistä on kyse (Arvio & Aaltonen 2011, 189). Selkokieli on sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi mukautettua yleiskieltä. Selkokieliset tekstit sisältävät lyhyitä lauseita, yksinkertaisia rakenteita, tuttua sanastoa ja sisältö on kohdennettu olennaiseen asiaan. Selkokielen käyttäjiä ovat muun muassa kehitysvammaiset henkilöt ja vanhukset. Lisäksi selkokieltä voivat käyttää hyväksi henkilöt, joiden äidinkieli ei ole suomi ja henkilöt, joilla on lukemis- ja kirjoittamisvaikeuksia. Selkokielellä kirjoitetut kirjat, esitteet ja lehdet ovat merkitty selkotunnuksella. (Leskelä & Virtanen 2006, 7–13.)

Selkokieliisyys mahdollistaa kehitysvammaisen henkilön sisäisen hallinnan käytön. Sisäisellä hallinnalla tarkoitetaan oman elämän hallinnan tunnetta. Kehitysvammaisen henkilön sisäiseen hallintaan vaikuttaa henkilön kyky oppia ja kehittyä, saatu tuki ja apu sekä ympäristön ja kokemusten suomat mahdollisuudet. Asiakaslähtöisen toiminnan ajatus perustuu siihen, että kehitysvammaista henkilöä tuetaan tekemään päätöksiä ja ottamaan vastuuta omaan elämäänsä vaikuttavissa asioissa. (Huuhka & Suominen 2010, 28–29.)

Vastuun ottamiseen aikuisen kehitysvammaisen elämässä kuuluu muun muassa mahdollisimman itsenäinen oman terveyden hoito. Aikuis- ja terveystieteiden tavoitteena on, että kehitysvammainen henkilö ottaa vastuuta oman hygieniansa, terveytensä ja sairautensa hoidosta niin pitkälle kuin kehitysvamman laatu sallii. Tavallisten asioiden, kuten pienten vammojen hoitoa, lääkkeiden ottoa ja lääkäripalveluihin hakeutumista harjoitellaan erilaisissa käytännön tilanteissa. (Kaski ym. 2012, 209.) Tietoa oman terveyden hoitoon kehitysvammainen henkilö saa kuntien terveydenhuollon palveluilta. Kunnilla on velvollisuus järjestää terveysneuvontaa ja tar-

kastuksia, joiden tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen, työ- ja toimintakyvyn tukeminen, sairauksien ehkäisy ja elämänhallinnan edistäminen. Kehitysvammaisille henkilöille suunnatuista palveluista hyödytään eniten, kun neuvontaa annetaan yksilöllisesti ja ymmärtäen asiakkaan mahdollisuuksia. (Kaski ym. 2012, 282.)

3.4 Yksilökeskeinen terveystuunnitelma

Kehitysvammaiset henkilöt ovat valtaväestöä suuremmassa riskissä sairastua muihin sairauksiin, kuten esimerkiksi Alzheimerin tautiin ja epilepsiaan. Kehitysvammaisilla henkilöillä muiden sairauksien diagnosointi riittävän ajoissa on puutteellista. Tämän uskotaan johtuvan kommunikaatio-ongelmista, tiedon puutteesta sekä tarvittavien erityispalvelujen puutteesta. Sairauksien varhaisella diagnosoinnilla ja hoidolla pystytään parantamaan kehitysvammaisen henkilön elämänlaatua sekä ehkäisemään vakavampia terveyshaittoja. Varhaisen puuttumisen avain on puolestaan terveystuunnittelu, joka lähtee kehitysvammaisen henkilön arkielämästä. (NSW Ministry of Health 2012, 8–10.)

Yksilökeskeinen terveystuunnittelu pohjautuu yksilökeskeiseen elämäntuunnitteluun (Moore 2009, 20). Yksilökeskeinen elämäntuunnittelu on kehitysvammatyössä käytössä oleva yksilökeskeinen työskentelytapa, jossa elämän tarkastelu lähtee henkilöstä itsestään. Sen tarkoituksena on antaa selkeää tietoa kehitysvammaisen henkilön toimintakyvystä, avun tarpeesta sekä tavoitteista. Yksilökeskeisen elämäntuunnittelun perustana on kehitysvammainen henkilö itse. Kaikkia asioita tarkastellaan kehitysvammaisen henkilön näkökulmasta. Yksilökeskeistä elämäntuunnittelua voidaan toteuttaa monin eri tavoin, esimerkiksi karttoina ja polkuina. (Lehto-Lundén 2012, 26–27.)

Yksilökeskeinen terveystuunnitelma tarjoaa yksityiskohtaista tietoa kehitysvammaisen henkilön terveydentilasta sekä terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä. Yksilökeskeinen terveystuunnitelma on hyödyllinen sekä kehitysvammaiselle henkilölle itselleen että hänen läheisilleen ja hoitajil-

leen. Terveysuunnitelma opettaa kehitysvammaiselle henkilölle ja tämän lähipiirille, kuinka juuri tämän kehitysvammaisen henkilön terveyttä voidaan tehokkaasti ylläpitää ja edistää. (Gates & Mafuba 2015, 90.)

Yksilökeskeinen terveysuunnitelma on yksinkertainen suunnitelma siitä, kuinka kehitysvammainen henkilö pysyy terveenä ja voi edistää terveyttään. Terveysuunnitelmassa kuvataan kehitysvammaisen henkilön tarvikkeet tukitoimet ja -palvelut koskien terveyden edistämistä. Yksilökeskeinen terveysuunnittelu tähtää varmistamaan kehitysvammaisen saamaan yksilökeskeisen sairauden hoidon. Yksilökeskeinen terveysuunnittelu toimii parhaiten, kun sen rinnalla käytetään yksilökeskeistä elämänsuunnittelua. (Gates & Mafuba 2015, 90.)

Yksilökeskeinen terveysuunnitelma antaa kehitysvammaiselle henkilölle enemmän päätösvaltaa omista asioistaan. Samalla tavalla kuin muillakin ihmisillä, myös kehitysvammaisilla on oikeus tehdä päätöksiä koskien heidän omaa terveyttään. Terveysuunnitelman avulla kehitysvammaisen henkilön lähipiiri ja hoitoon osallistuvat tahot pystyvät auttamaan ja ohjaamaan kehitysvammaista henkilöä tekemään itsenäisiä päätöksiä. (Hardy, Woodward, Woolard & Tait 2013, 11.)

4 TYYPIN 1 DIABETES OSANA ELÄMÄÄ

4.1 Tyypin 1 diabeteksen esiintyminen

Suomessa on noin 50 000 tyypin 1 diabetesta sairastavaa ihmistä. Tyypin 1 diabetesta sairastavien ihmisten lukumäärä kasvaa nykyisin noin kolme prosenttia vuodessa. Yksi syy lukumäärän kasvuun on esimerkiksi se, että tyypin 1 diabeetikot elävät nykyään pidempään kuin ennen. Tyypin 1 diabeteksen ilmaantuvuus nousi vuoteen 2010 asti. Vuoden 2010 jälkeen ilmaantuvuus on pysynyt melko vakiona. Suomessa ilmaantuvuus on kuitenkin maailman korkein. Syytä ilmaantuvuuden korkeuteen ei tiedetä, mutta sitä tutkitaan. (Saraheimo & Sane 2015, 10.)

Tyypin 1 diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena verensokerina (Goldenberg & Punthakee 2013; Saraheimo & Sane 2015, 10). Pääsääntöisesti tyypin 1 diabetekseen sairastutaan alle 40-vuotiaana, mutta siihen voi sairastua myös myöhemmin (Saraheimo 2015a, 15).

Tyypin 1 diabetes on monitekijäinen sairaus ja sen syntyyn vaikuttavat perinnöllisyys ja ulkoiset tekijät. Mahdollisesti taustalla voi olla ravintotekijöitä, ympäristötekijöitä ja tulehdustekijöitä, esimerkiksi viruksia. Kuitenkaan tarkalleen tyypin 1 diabeteksen aiheuttavia tekijöitä ei tunneta. (Lahetela 2008, 11; Knip 2012; Ransom, Goldenberg, Mikalachki, Prebtani & Punthakee 2013; Mustajoki 2015a.)

Perinnöllisen alttiuden ja altistavien ympäristötekijöiden kohdatessa elimistö tunnistaa virheellisesti haiman saarekkeiden insuliinia tuottavat beetasolut vieraiksi soluiksi ja alkaa vaurioittaa niitä. Tämä ilmiö on nimeltään autoimmuunitulehdus. Tyypin 1 diabetes syntyy hitaasti ja siihen tarvitaan mahdollisesti useita tulehdustapahtumia, joiden seurauksena beetasolut vaurioituvat. Tyypin 1 diabetes puhkeaa, kun beetasolujen toiminnasta on jäljellä enää 10–20 prosenttia ja silloin alkavat diabeteksen oireet. (Saraheimo 2015a, 17–18.) Lopulta tyypin 1 diabeteksessa beetasolut tuhoutuvat, eivätkä pysty tuottamaan insuliinia. Insuliini on elimistölle välttämätöntä (Mustajoki 2015a).

Tuoreessa diabeteksessa ja riittämättömästi hoidetussa diabeteksessa oireet johtuvat siitä, että verensokeripitoisuus on jatkuvasti liian suuri (Saraheimo 2015b, 11). Korkea verensokeripitoisuus johtuu siitä, että elimistö ei saa tarpeeksi insuliinia ja maksa alkaa tuottaa liikaa sokeria. Solut eivät kuitenkaan pysty käyttämään liian suurta sokerimäärää, joten vereen jää liikaa sokeria. (Saraheimo 2011a, 24.) Liiallinen sokeri poistuu verenkierrosta munuaisten kautta virtsaan ja samalla se vie mukanaan nestettä ja energiaa. Tämän seurauksena virtsamäärät kasvavat ja elimistö kuivuu. Lisäksi janon tunne voimistuu ja paino alkaa laskea. Tyypillinen oire on myös väsymys joka johtuu siitä, että solut eivät pysty käyttämään sokeria normaalisti energiaksi. Insuliinin puute aiheuttaa rasva- ja lihaskudoksien katoa ja tästä seuraa painonlasku. Oireena on myös näkökyvyn vaihtelu. Verensokerin ollessa korkea on silmän mykiössä runsaasti sokeria. Silmän mykiö turpoaa ja aiheuttaa esimerkiksi likinäköisyyttä. (Saraheimo 2015b, 11.)

Tyypin 1 diabeteksen oireet ovat yleensä selkeitä ja voimakkaita ja ne kehittyvät nopeasti muutamien päivien tai viikkojen kuluessa taudin puhkeamisesta (Saraheimo 2011a, 24; Pekkonen 2013, 529–530). Nämä oireet ovatkin keskeisiä diagnoosikriteereitä diabeteksen toteamisessa sovittujen verensokerin raja-arvojen lisäksi. Sovittu verensokeriarvo tarkoittaa WHO:n eli Maailman terveysjärjestön määrittämiä verensokerin raja-arvoja. Diabeettinen verensokeriarvo on esimerkiksi paastoverensokerin ollessa 7.0 mmol/l tai suurempi. (Yki-Järvinen & Tuomi 2013.) Diabeteksen toteamisen viivästyminen ja insuliinin puutos johtavat ketoasidoosiin eli happomyrkytykseen (Saraheimo 2011a, 24).

4.2 Tyypin 1 diabeteksen hoito

Tyypin 1 diabetesta sairastavan henkilön hoidon tavoitteena on hyvä elämänlaatu, sairauden hyvä hoitotasapaino sekä veren sokeripitoisuuden pitäminen sopivana. Hoidon tavoitteena on myös ehkäistä pitkään jatkuneen korkean verensokerin aiheuttamaa lisäsairauksien vaaraa ja akuutte-

ja komplikaatioita (kuvio 2). (Ilanne-Parikka 2015a, 266; Pekkonen & Nikkanen 2013, 536–357.)



KUVIO 2. Tyypin 1 diabeetikon hoidon tavoitteet

Akuutti diabeteksen komplikaatio on hypoglykemia. Hypoglykemiassa verensokeri laskee liian alas (plasman glukoosipitoisuus alle 4.0 mmol/l), yksittäisen asian tai useampien tekijöiden vuoksi. Hypoglykemia johtuu siitä, että sokeria poistuu verestä enemmän kuin sitä muodostuu vereen maksan varastoista tai ruuasta. Hypoglykemian oireita on hikoilu, vapina, ärtyisyys, nälän tunne, sydämentykytys, sekavuus, päänsärky, näköhäiriöt, persoonallisuuden muutokset ja käytöshäiriöt sekä kouristukset ja tajuttomuus (liite 1). (Koivikko 2013; Ilanne-Parikka 2015e.)

Hypoglykemia hoidetaan ottamalla heti 10–20 grammaa nopeasti imeytyvää hiilihydraattia. Ensiapuna hyviä hiilihydraatteja ovat kahdeksan kappaletta glukoositabletteja, kaksi ruokalusikallista hunajaa, kahdeksan palaa sokeria, lasillinen mehua, yksi keskikokoinen banaani tai kaksi omenaa (liite 2). (Ilanne-Parikka 2015f, 313–314.) Tajuttomalle henkilölle ei saa antaa mitään suun kautta, vaan silloin ensiapuna on ambulanssin soittaminen (häätänumero 112) ja diabeetikon oman glukagoni-pistoksen anta-

minen, jos lääkäri on hänelle sellaisen määrännyt. Glukagoni on insuliinin vastavaikuttajahormoni ja se pistetään reisilihakseen tai olkavarren lihakseen. Glukagonin annostus on yksilöllinen. (Ilanne-Parikka 2015g, 314.)

Toinen diabeteksen akuutti komplikaatio on hyperglykemia, jonka yhteydessä verensokeri nousee liian korkealle. Hyperglykemia saattaa hyvin nopeasti johtaa ketoasidoosiin. Ketoasidoosissa eli happomyrkytyksessä rasvahappojen epätäydellisen palamisen myötä syntyy happamia ketoaineita, jotka kertyvät rasvakudoksesta vereen. Ketoasidoosin oireita ovat vatsakivut, pahoinvointi, oksentelu sekä hengityksen asetonista johtuva hapanimelä haju. Lopulta esiintyy uneliaisuutta ja tajuttomuutta (liite 3). Ketoasidoosi on aina hengenvaarallinen tila. (Saraheimo 2011a, 24; Pekkonen 2013, 529–530.)

Hyperglykemian hoitona pistetään pikainsuliinia mielellään ruokailun yhteydessä. Pikainsuliinia pistetään syötävän ruuan hiilihydraattien mukaan ja lisäannos pikainsuliinia koholla olevan verensokerin mukaan. (Salonen 2016.) Ketoasidoosia epäillessä on aina toimitettava diabeetikko mahdollisimman nopeasti sairaalahoitoon. Ketoasidoosi hoidetaan sairaalassa nestehoidolla ja insuliinilla. (Ilanne-Parikka 2015h, 316.)

Tyypin 1 diabetesta sairastavan henkilön elämän edellytyksenä on insuliinihoito, koska haima ei tuota riittävästi tai lainkaan insuliinia. Tyypin 1 diabetesta sairastava henkilö joutuu itse miettimään elimistönsä tarvitseman insuliinimäärän päivärytmiensä, syömisen, liikunnan ja verensokerinsa mukaan. Insuliinihoidon tavoitteena on pitää verensokeri mahdollisimman lähellä normaalia. On vältettävä jatkuvia liian matalia verensokereita sekä verensokerin liiallista vaihtelua eli niin sanottua vuoristorataa. Insuliinihoidon onnistuminen edellyttää hoidon periaatteiden ymmärtämistä ja käytännön asioiden hallitsemista. (Ilanne-Parikka 2015a, 266; Pekkonen & Nikkanen 2013, 536–357.)

Verensokerin mittaus on tärkeää tyypin 1 diabeteksen hoidossa, koska verensokeria mittaamalla saadaan arvioitua insuliinin sopiva annostus. Insuliinin määrää on vaikea arvioida pelkästään syömisten perusteella,

sillä verensokeri vaihtelee tyypin 1 diabeetikolla päivän aikana. Verensokerin vaihteluun vaikuttaa syöminen, liikunta, hormonitasapainon vaihtelu, stressi, insuliinihoito ja pistopaikasta riippuvat insuliinin imeytymisvaihtelut. (Ilanne-Parikka 2015a, 266; Ilanne-Parikka 2015c, 289.)

Tyypin 1 diabeetikon on hyödyllistä mitata verensokeri aamuisin. Aamuverensokeriarvo on diabeteksen hoidon perusta. Diabeteksen hoidon kannalta aamuverensokeriarvosta näkee, kuinka päivä lähtee käyntiin. Lisäksi ennen aterioita on hyödyllistä mitata verensokeri, sillä se kertoo perusinsuliinin riittävydestä. Verensokeri ennen seuraavaa ateriaa pitäisi olla pääsääntöisesti noin 4–7 mmol/l, jos edeltävän aterian insuliinimäärä vastaa hiilihydraattimäärää ja pistos ajoittuu oikein. Verensokeri vaihtelee päivän aikana ja sitä voidaan korjata insuliinilla riippuen verensokerista. Verensokerin ollessa matala vähennetään ateriainsuliinin määrää, kun taas verensokerin ollessa korkea annostellaan ylimääräistä pikainsuliinia. (Ilanne-Parikka 2013; Ilanne-Parikka 2015c, 289–291.)

Ennen nukkumaan menoa on myös hyödyllistä mitata verensokeri, sen avulla selvitetään itselle sopiva insuliinimäärä ja pistosaika. Lisäksi se tuo turvallisuutta, koska joillakin verensokeri saattaa laskea yöllä enemmän. Useimmilla hyvä iltaverensokeriarvo on 6–8 mmol/l, mutta insuliiniherkillä iltaverensokeriarvo voi olla 8–10 mmol/l. Iltaisin verensokeriarvo on yksilöllinen ja se riippuu osittain myös iltapalan ja insuliinipistoksen ajoittumisesta. (Ilanne-Parikka 2013; Ilanne-Parikka 2015c, 289–291.)

Perusinsuliinin sopiva annos saadaan arvioitua ilta-aamu- parimittauksella eli mitataan verensokeri iltapalan jälkeen nukkumaan mennessä ja aamulla ennen aamupalaa. Lisäksi on hyvä mitata verensokeri myös ennen aterioita ja yöllä, kun selvitetään insuliinin sopivaa annostusta. Ateriainsuliinin ja hiilihydraattien suhde arvioidaan taas mittaamalla verensokeri ennen ateriaa ja kaksi tuntia aterian jälkeen. Verensokeri nousee ateriaa edeltävästä arvosta korkeintaan 2–3 mmol/l, jos pistoksen suhde ja ajoitus ovat sopivat. (Ilanne-Parikka 2013.)

Tyypin 1 diabeteksessa hiilihydraattien arvioiminen ja laskeminen on tärkeää, koska ateriainsuliinin määrä määräytyy hiilihydraattien mukaan. Hiilihydraatteja saa syödä oman ruokahalun ja energian tarpeen mukaan. Hiilihydraattien määrää arvioidaan, jotta osataan annostella ateriainsuliini oikein. Ateriainsuliinin annos määräytyy aterian kokonaishiilihydraattien mukaan. Jokaisella diabeetikolla ateriainsuliinin tarve ja verensokerin muutokset ovat yksilölliset. Olemassa on myös karkea nyrkkisääntö insuliinihoidosta (liite 4). Hiilihydraattien määrää voi arvioida silmämääräisesti, mutta harjoitteluvaiheessa kannattaa käyttää apuna ruoan punnitsemista ja tilavuusmittoja. Hiilihydraattien määrää ei tarvitse laskea tarkasti, vaan voi pyöristää tasalukuun viiden gramman tarkkuudella. (Ilanne-Parikka & Ruuskanen 2015; Ruuskanen 2015.)

Hiilihydraattipitoisia ruokia ovat esimerkiksi viljatuotteet, peruna, riisi, pasta, hedelmät, marjat ja nestemäiset maitotuotteet. Hiilihydraattimääriä arvioidaan kymmenen gramman hiilihydraattiannoksina, esimerkiksi leipä viipaleina, puuro kauhallisina tai desilitroina, perunat ja hedelmät kappaleittain ja maito sekä piimä laseittain (liitteet 5 ja 6). (Ilanne-Parikka & Ruuskanen 2015; Ruuskanen 2015.)

Hiilihydraattien laskemisen lisäksi tyypin 1 diabeetikolle suositellaan monipuolista ruokavaliota, joka on eduksi kaikkien terveydelle. Ruokavalion tulisi sisältää runsaasti kuitupitoisia ruokia eli täysviljaa, kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Ruokavaliossa tulisi suosia pehmeitä kasvirasvoja ja käyttää vain vähän kovia eläinperäisiä rasvoja. Diabeetikko saa syödä sokerpitoisia ruokia, mutta sokeria tulisi olla vain niukasti. Suolan käyttö tulisi olla myös kohtuullista. (Mustajoki 2015b.)

Tyypin 1 diabeteksen hoidossa tärkeintä on korvata puuttuva insuliinin erityys oikein, mutta myös joustavalla tavalla. Nykyään insuliinihoito aloitetaan monipistoshoitona ja se on tyypin 1 diabetesta sairastavan henkilön perushoitomuoto. Monipistoshoidolla pyritään jäljittelemään ihmisen omaa insuliinineritystä. Monipistoshoidossa käytetään perusinsuliineja ja ateriainsuliineja. (Ilanne-Parikka 2015b, 267; Ilanne-Parikka 2013; Saraheimo

2011b, 10–11.) Insuliinit pistetään ihon alle rasvakudokseen. Vatsa, reisien ja pakaralan alue ovat tavallisimpia pistopaikkoja. Tyypin 1 diabetesta sairastava henkilö pistää vuorokaudessa insuliinilaadusta riippuen yhdestä kahteen perusinsuliinipistosta ja syömisten mukaan kolmesta viiteen ateriainsuliinipistosta. (Mustajoki 2015b.)

Perusinsuliinihoidossa käytetään pitkävaikutteista insuliinia, jota annostellaan yksi tai kaksi kertaa vuorokaudessa. Perusinsuliineja ovat pitkävaikutteiset insuliinit. Perusinsuliinin tehtävänä on säädellä aterioiden välillä ja varsinkin yöllä maksan sokerintuotantoa ja rasva-aineenvaihduntaa. (Ahonen ym. 2012, 570; Ilanne-Parikka 2015b, 267; Ilanne-Parikka 2013; Nikkanen 2013, 539.)

Tyypin 1 diabeteksen hoidossa tärkeänä osana on myös ateriainsuliini. Ateriainsuliineja ovat pikavaikutteinen ja lyhytvaikutteinen insuliini. Ateriainsuliineja annostellaan syömisten mukaan yleensä kolmesta viiteen kertaa päivässä. Pikavaikutteinen insuliini pistetään aterioiden yhteydessä kun taas lyhytvaikutteinen insuliini pistetään noin 30 minuuttia ennen ateriaa. Ateriainsuliinin tehtävänä on toimia aterian yhteydessä, sen avulla ruuasta saadaan ravintoaineet käyttöön ja varastoidaan elimistöön. Pikainsuliinia tarvitaan verensokerin tilapäisiin korjauksiin ennen ateriaa ja esimerkiksi sairauspäivinä. Ateriainsuliinien annostelu riippuu verensokerista ja ruuan hiilihydraattien määrästä. (Ahonen ym. 2012, 570; Ilanne-Parikka 2013; Nikkanen 2013, 539; Ilanne-Parikka 2015b, 267.)

Vaihtoehtoisena insuliinina on myös sekoiteinsuliini, joka korvaa perus- sekä ateriainsuliinin. Elämänrytmin on kuitenkin oltava hyvin säännöllinen, jotta sekoiteinsuliini sopii tyypin 1 diabetesta sairastavalle henkilölle. Yleensä sekoiteinsuliini annostellaan kahdelle pääaterialle, mutta se voidaan annostella myös neljästi päivässä. Sekoiteinsuliinien vaikutusajat vaihtelevat pika-, lyhyt- ja pitkävaikutteisten insuliinin määrien suhteen mukaan. (Ahonen ym. 2012, 570; Nikkanen 2013, 539.)

Parhaiten insuliiniannoksen saa vastaamaan kulloistakin insuliinin tarvetta insuliinipumpulla. Insuliinipumppu on mukana kannettava pieni laite, jonka

sisällä on tietokone. Insuliinipumpun tietokone ohjelmoidaan annostelemaan pikainsuliinia jatkuvasti, lisäksi aterioilla insuliinipumpun käyttäjä annostelee napin painalluksella aterian yhteydessä lisäannoksen insuliinia. (Ahonen ym. 2012, 570; Nikkanen 2013, 540; Salonen 2015.)

4.3 Kehitysvammaisen diabeetikon ohjaus

Diabeteksen hoidonohjaus tapahtuu pääosin sairaalassa osastoilla, poliklinikoilla, vastaanotoilla ja terveyskeskuksissa. Hoidon ohjaukseen osallistuu diabeteshoitaja ja muita asiaan perehtyneitä tahoja. Diabeteksen hoidonohjaus on pitkä prosessi, jossa diabeetikon tietoa sairaudesta ja sen hoidosta syvennetään vähitellen. Ohjauksen tavoitteena on mahdollistaa tyypin 1 diabeetikon itsehoidon onnistuminen huomioiden esimerkiksi hänen ikänsä ja kehitysvaiheensa. Päämääränä on hyvinvointi ja lisäsairauksien ehkäisy. Lähtökohtana hoidonohjauksessa ovat tyypin 1 diabeetikon omat tavat, tottumukset ja elämäntilanne. (Ruuskanen 2008, 63.) Kehitysvammaista diabeetikkoa ohjattaessa on erityisesti otettava huomioon hänen kehitystasonsa. Näissä tilanteissa on erityisen tärkeää huomioida myös kehitysvammaisen henkilön lähipiiri eli perhe sekä hoitajat. Hoidonohjaus on annettava myös heille, sillä he ovat kehitysvammaiselle henkilölle tärkeitä tukihenkilöitä diabeteksen hoidossa. (MacRae ym. 2015.)

Kaiken kaikkiaan kehitysvammaiset diabeetikot kokevat, etteivät he saa tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tiedon puute hankaloittaa huomattavasti henkilön omahoitoa ja sitä kautta oman elämän hallintaa. Hoidonohjausta annettaessa on varmistettava että kehitysvammainen henkilö ymmärtää saamansa tiedon. Apuna tässä voidaan käyttää kehitysvammaiselle tuttuja hoitajia sekä kommunikaatiomenetelmiä. Ohjaustilanteessa kehitysvammaista henkilöä ei saa aliarvioida, vaan on pyrittävä antamaan hänelle avaimet hyvään diabeteksen omahoitoon mahdollisimman itsenäisesti. (MacRae ym. 2015.) Cardolin, Rijkenin ja Schroyensteen Lantman-de Valkin (2012) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaisten ja kehitysvammaisten välillä tapahtuva viestintä diabeteksestä ei toteutunut kunnolla.

Uuden oppiminen on kehitysvammaiselle helpointa, kun opettajana toimii tuttu henkilö esimerkiksi hoitokodissa omahoitaja. Kehitysvammaisen henkilön diabeteksen hoidon ohjaus vaatii hoitajalta paljon empatiakykyä sekä kärsivällisyyttä. Hoitajan tulee muistaa, että jokainen kehitysvammainen on yksilö ja kehitysasteet kehitysvammaisten välillä voivat olla hyvin erilaiset. (Rey-Conde & Lennox 2007.)

Hoidonohjauksessa käsitellään lääkehoitoa eli tyypin 1 diabeteksessa keskitytään insuliineihin ja niiden vaikutusaikoihin. Tällöin opetellaan lyhytvaikutteisten ja pitkävaikutteisten insuliinien erot. Hoidonohjauksessa käydään läpi myös insuliinin pistämistä ja pistopaikat, sekä harjoitellaan insuliinin pistämistä. (Ruuskanen 2008, 64–66.) Useimmiten kehitysvammaisen henkilön ei ole helppoa sitoutua insuliinihoitoon. Hän ei välttämättä tunne tai ymmärrä olevansa sairas. Diabeteksen aiheuttama oireilu saattaa hyvinkin paljon muistuttaa kehitysvamman tai muun sairauden oireilua. Tämän vuoksi kehitysvammainen henkilö ei aina ymmärrä miksi tarvitsee lääkettä. Hoidonohjauksen ei tulisi keskittyä liian vahvasti pelkkään lääkehoitoon, vaan diabeteksen vaikutukseen henkilön koko elämässä. Kehitysvammaiset diabeetikot käyvät läpi samanlaisia turhautumisen tunteita ja sosiaalisen elämän muutoksia kuin muutkin diabeetikot. (Cardol, Rijken & Schrojenstein Lantman-de Valk 2012; MacRae ym. 2015.)

Erityinen huomio kehitysvammaisen diabeetikon hoidonohjauksessa tulee kiinnittää ruokavalioon sekä liikuntaan. Kehitysvammaiselle henkilölle saattaa olla haastavaa ymmärtää, miksei hän saa syödä ja juoda mitä haluaa ja milloin haluaa. Hoidon ohjauksen tavoitteena on saada kehitysvammainen henkilö ymmärtämään painonhallinnan merkitys. Hän ymmärtää diabeteksella olevan negatiivinen vaikutus elämään, eikä välttämättä halua tämän vuoksi sitoutua hoitoon. Tämä asettaa suuret haasteet hoitajille kehitysvammaisen diabeetikon hoitoon sitouttamisessa. (MacRae ym. 2015.)

Liikunta, ravitsemus ja painonhallinta näyttelevät suurta roolia kaikkien diabeetikkojen elämässä. Riittävä liikunta ja hyvä ruokavalio ovat avain-

asemassa painon hallintaan. Hoidon ohjauksessa korostetaan, että diabeetikko voi harrastaa lähes mitä tahansa liikuntalajia. Hänen tulee kuitenkin muistaa varautua liikuntaan etukäteen, sillä liikunta laskee verensokeria. Verensokerin liiallinen lasku voidaan estää hiilihydraattiannoksilla tai liikuntaan voidaan varautua vähentämällä insuliiniannosta. (Ruuskanen 2008, 70.) Kehitysvammaiset henkilöt yleensä yhdistävät diabeteksen ja ravitsemuksen negatiivisella tasolla. He kokevat diabeteksen rajoittavan heidän ruokamääriään ja -valintojaan. (Cardol ym. 2012.)

Diabeetikolle suositellaan terveellistä perusruokaa ja lautasmallin käytöstä on apua. Tärkein asia on kuitenkin tyypin 1 diabeetikolla ruoan, liikunnan ja insuliinin yhdistäminen niin, että verensokeri pysyy mahdollisimman lähellä normaalia. Tärkeää on myös ruokailurytmi ja ruoasta nauttiminen. Tyypin 1 diabeetikoille opetetaan mitkä ruoat sisältävät hiilihydraatteja ja miten hiilihydraattien määrä arvioidaan ja lasketaan ruoasta. (Ruuskanen 2008, 67–69.)

Tyypin 1 diabeetikolle ei suositella lainkaan alkoholin ja tupakan käyttöä tai käytön on oltava hyvin vähäistä. Alkoholi ja tupakka nostavat diabeetikon riskiä sairastua liitännäissairauksiin. Näiden seikkojen vuoksi hoidonohjauksessa on pyrittävä motivoimaan kehitysvammaista henkilöä tupakoimattomuuteen ja alkoholin kohtuulliseen käyttöön. (Ruuskanen 2008, 71.)

Erityisen tärkeää hoidonohjauksessa on omaseuranta. Se tarkoittaa diabeetikolla verensokerin ja ketoaineiden mittaamista, sekä yleisen hyvinvoinnin tarkkailua. Tyypin 1 diabeteksessa omaseuranta on välttämätöntä ja se vie paljon aikaa. Omaseurannan hyöty on kuitenkin suuri, se vaikuttaa muun muassa hoitotasapainoon. Omaseurannan avulla yhteen sovitaan insuliiniannostelu, ruokavalio ja liikunta. Verensokeri vaikuttaa esimerkiksi ateriainsuliinin määrään yhdessä liikunnan ja hiilihydraattien määrän kanssa. Verensokeria on tärkeää mitata myös liikuntasuoritusta ennen, sen aikana ja sen jälkeen, jotta voidaan reagoida ajoissa verensokerin laskuun. (Pekkonen 2008, 116; Ruuskanen 2008, 67, 70–71.) Kehitys-

vammaisilla diabeteksen omahoidon toteutumista vaikeuttaa tiedon, motivaation ja tuen puute, vähäiset mahdollisuudet oppimiseen, terveydelliset tekijät sekä vaihtelevat mielialat (Cardol ym. 2012).

Cardolin, Rijkenin ja Schrojenstein Lantman-de Valkin (2012) tutkimuksessa kävi ilmi, että vain hyvin ohjeistetut kehitysvammaiset pystyvät toteuttamaan diabeteksen omaseurantaan onnistuneesti. Suurin ero kehitysvammaisen ja kehitysvammattoman henkilön diabeteksen omaseurannan suhteen on, että hoitajalla tai ammattitaitoisella henkilökunnalla on päärooli kehitysvammaisen henkilön diabeteksen omahoidosta. Näin ollen kehitysvammainen diabeetikko on voimakkaasti riippuvainen ammattilaisten ja sukulaisten näkemyksistä ja tietämyksestä diabetesta kohtaan. Tutkimustulosten perusteella haastatellut kehitysvammaiset kokivat saaneensa tietoa ravitsemuksesta ja lääkityksestä. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin, että sukulaiset ja asumispalveluiden henkilökunta tarvitsevat tietoa ja taitoa, jotta he voivat tukea kehitysvammaisia rakentamaan taitoja ja luottamusta elämään omaa aktiivista elämää diabeteksestä huolimatta. Tämä edellyttää tietoa diabeteksestä, taitoa osallistua hoitoon potilaan yhteistyökumppaneina ja asiakaslähtöistä asennetta, joka tarjoaa mahdollisuuksia oppimiseen ja itsensä kehittämiseen.

Kaiken kaikkiaan tutkimukset osoittavat, että suuri osa kehitysvammaisista henkilöistä pystyy tuettuna hoitamaan diabetesta. Tuen tarve tosin on hyvinkin yksilöllistä. Kehitysvammaiset henkilöt useimmiten ymmärtävät diabeteksen ja sen hoidon perusteet. He tietävät, että insuliinia on pistettävä ja verensokeria mitattava. He myös tietävät liikunnalla ja ravitsemuksella olevan yhteys hyvään diabeteksen hoitoon. Kehitysvammainen henkilö voi itse oppia mittaamaan verensokerinsa ja pistämään insuliinin, mutta he tarvitsevat kuitenkin tukiverkoltaan enemmän tukea ja ohjausta kuin muut diabeetikot. (MacRae ym. 2015.)

Hyvin usein kehitysvammaiset henkilöt asuvat esimerkiksi hoitokodeissa, joissa saattaa olla puutetta henkilökunnasta tai henkilökunnan vaihtuvuus on suurta. Tämä saattaa johtaa vaillinaiseen diabeteksen hoitoon. Tällai-

sessä tilanteessa yksilökeskeinen terveyssuunnittelu turvaa kehitysvammaisen henkilön hyvää diabeteksen hoitoa. Oikein käytettynä yksilökeskeinen terveyssuunnitelma tarjoaa hoitajalle kaiken tarvittavan tiedon kehitysvammaisen henkilön diabeteksen hoidosta. Suunnitelma käsittää esimerkiksi insuliinihoidon, ravitsemuksen sekä tiedon siitä kuinka toimia hätätapauksessa. (Rey-Conde & Lennox 2007.)

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemisessä yhdistyvät käytännön toteutus ja tutkimusviestinnän keinoin tehty raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9–10.) Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan työtä, jonka tavoitteena on tuottaa jokin tuotos, ei tehdä tutkimusta. Tuotoksia voivat olla esimerkiksi opas, ohjekirja, tapahtuma tai portfolio. Tuotos eli produktio ei yksinään riitä opinnäytetyöksi vaan tuotoksen tekemisestä tehdään myös opinnäytetyöraportti. Opinnäytetyöraportti sisältää kriittistä, analysoivaa ja argumentoivaa tekstiä, joka on sidoksissa valittuun tietoperustaan. Opinnäytetyöraportin luettuaan lukijan tulisi pystyä hahmottamaan tuotos ilman, että näkee sitä. (Vilkka & Airaksinen 2004, 6–7.)

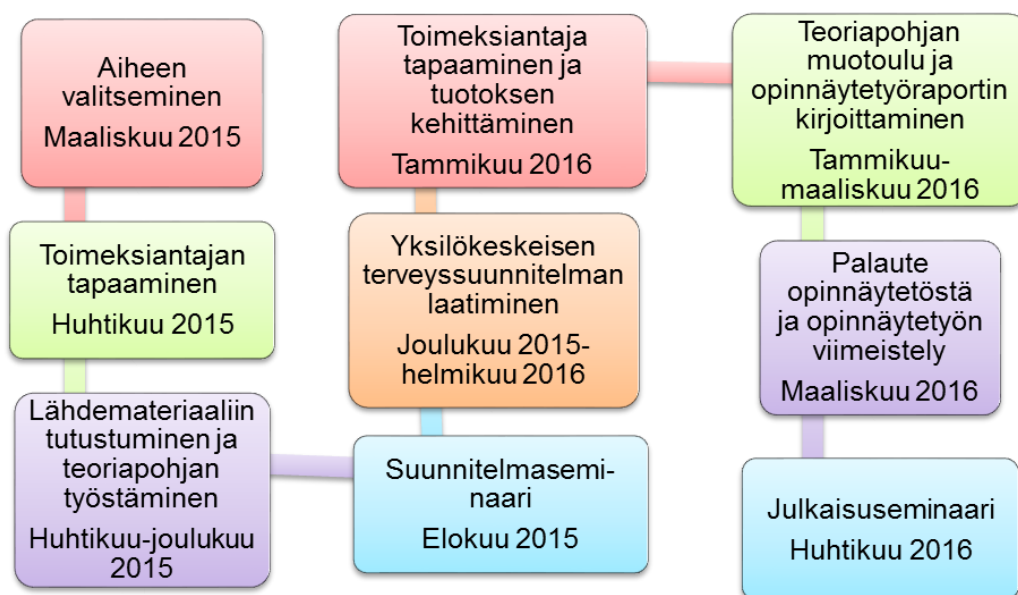
5.2 Opinnäytetyön eteneminen ja tiedonhankinta

Opinnäytetyöprosessimme alkoi vuoden 2015 alussa aiheen valinnalla (kuvio 3). Opinnäytetyön aiheen valitseminen oli meille hieman haastavaa. Olimme kiinnostuneita diabetekseen liittyvästä aiheesta ja saimme idean ottaa yhteyttä kehitysvammaisten asumisyksikköön. Kävimme keväällä 2015 Salpakankaan palvelukodissa ja kysyimme, olisiko heillä tarvetta opinnäytetyölle diabetekseen liittyen. Yksikön esimies ei tällöin ollut paikalla, mutta olimme häneen yhteydessä sähköpostitse. Salpakankaan palvelukodin esimies otti yhteyttä Lahden kaupungin vammaispalveluiden palvelukehittäjään ja kysyi hänen mielipidettään mahdollisesta opinnäytetyöprojektista. Lahden kaupungin vammaispalveluiden palvelukehittäjä oli kiinnostunut opinnäytetyöprojektista ja aiheesta. Sovimme tapaamisen Lahden kaupungin vammaispalvelujen toimistolle.

Kokoonnuimme huhtikuussa 2015 Lahden kaupungin vammaispalvelujen toimistolla. Paikalla meidän lisäksi oli Lahden kaupungin vammaispalveluiden palvelukehittäjä ja vammaisten asumisyksikön edustajana oli Salpa-

kankaan palvelukodin esimies. Kävimme keskustelua siitä, millaista tarvetta heillä on ja miten he hyötyisivät opinnäytetyöstämme. Tapaamisen keskustelujen pohjalta aloimme suunnitella opinnäytetyötä Lahden kaupungin vammaispalveluille.

Opinnäytetyön tiimoilta järjestetyn tapaamisen jälkeen aloitimme opinnäytetyön suunnittelun. Mietimme opinnäytetyön sisältöä ja mitkä olisivat tärkeimmät sisällölliset osa-alueet joita käsittelemme. Päädyimme tulokseen, että kolme pääaluetta on tyypin 1 diabetes, kehitysvammaisuus ja yksilökeskeinen terveyssuunnitelma. Suunnitelmaseminaarin pidimme 27.8.2015, jonka jälkeen aloitimme lopullisen opinnäytetyön työstämisen aloittaen teoriasta.



KUVIO 3: Opinnäytetyöprosessin etemeninen

Opinnäytetyö prosessin alussa kävimme Fellmanniassa tiedonhankintaklinikalla. Totesimme, että opinnäytetyömme aiheesta on erittäin hankala löytää luotettavia lähteitä tietokannoissa. Tiedonhaun aloitimme vapaalla haulla internetistä. Tietokantoina käytimme Google Schollaria, Terveysporttia sekä MastoFinnaa, jonka kautta etsimme tietoa Ebscosta sekä Cochranesta. Lisäksi käytimme Masto- ja Lastukirjastojen aineistoja ja saimme tietoa opinnäytetyön toimeksiantajaa haastattelemalla.

Tietokannoissa käytimme hakusanoina muun muassa yksilökeskeinen terveyssuunnitelma, diabetes, 1 tyypin diabetes, insuliini, kehitysvammaisuus, kehitysvammaisen ohjaus, learning disability, health action plan ja health facilitation. Suurimman osan käyttämästämme aineistosta löysimme vapaalla haulla sekä painetuista lähteistä, kuten kirjoista ja ammattilehdistä.

Lähteiksi hyväksyimme alle kymmenen vuotta vanhat tutkimukset, artikkelit, oppaat ja kirjat. Jouduimme kuitenkin poikkeamaan tästä muutamien lähteiden kohdalla, koska tuoreempaa aineistoa ei ollut saatavilla. Lisäksi vaadimme, että tietokannoista löytyneiden lähteiden oli oltava maksuttomia sekä koko teksti oli oltava saatavana. Lähteiden luotettavuuden kannalta vaadimme, että kirjoittajat olivat selkeästi mainittu. Tästä jouduimme joustamaan erityisesti kansainvälisten oppaiden ja joidenkin tutkimusartikkelien kohdalla. Varmistimme kuitenkin, että lähteen julkaisija oli luotettava järjestö tai organisaatio. Kaikki käyttämämme aineisto oli kirjoitettu joko suomeksi tai englanniksi. Diabetesta käsittelevissä kappaleissa painotimme suomenkielisiä lähteitä, koska Suomi on edelläkävijä tyypin 1 diabeteksen tutkimisessa (Keskinen 2016).

Terveys-suunnitelmaan otimme kuvia Papunetistä. Kysyimme Papunetin verkkotoimittajalta ohjeet kuvien lähdemerkintöjen tekoon. Osan terveys-suunnitelman kuvista olemme kuvanneet itse. Opinnäytetyöraportin liitteinä käytimme Diabetesliiton materiaalia, joiden käyttöön saimme luvan Diabetesliiton päätoimittajalta.

Lähdemateriaalista löysimme paljon tuoretta tietoa tyypin 1 diabeteksesta, sen sijaan kehitysvammaisuudesta ja kehitysvammaisen ohjauksesta oli haastavaa löytää tuoretta ja luotettavaa materiaalia. Yksilökeskeisestä elämänsuunnittelusta ja -terveys-suunnittelusta oli haastavaa löytää tutkittua tietoa. Suurin osa aiheesta löytyneestä aineistoista oli englanninkielistä.

5.3 Yksilökeskeisen terveystuunnitelman toteutus

Kasattuamme tarpeeksi teoriapohjaa tyypin 1 diabeteksesta ja kehitysvammaisen henkilön ohjaamisesta aloimme työstää yksilökeskeistä terveystuunnitelmaa. Suunnitelman kokoaminen alkoi teemojen tarkastelulla. Pohdimme, mitä teemoja tyypin 1 diabeteksesta haluamme terveystuunnitelmassa käsitellä.

Teemoja pohdittuamme kävimme tammikuussa 2016 tapaamassa opinnäytetyömme toimeksiantajaa Lahden vammaispalvelujen toimistolla ja toimeksiantaja kertoi meille omia toiveitaan terveystuunnitelman sisällöstä (kuvio 4). Toimeksiantaja toivoi terveystuunnitelman olevan mahdollisimman yksinkertainen ja tiedollisesti kattava sekä yksityiskohtainen. Terveystuunnitelman täytyy myös olla helposti muokattavissa kehitysvammaisen henkilön yksilöllisiin tarpeisiin.

Keskustelumme pohjalta päädyimme siihen, että terveystuunnitelmassa käsitellään verensokerin mittaamista, insuliinihoitoa, hypoglykemian sekä hyperglykemian oireita ja hoitoa, liikuntaa ja ravitsemusta sekä sisältävän kehitysvammaiselle henkilölle tärkeää henkilökohtaista tietoa diabeteksen hoidosta. Mallina terveystuunnitelmaa tehdessämme käytimme Britanniassa käytössä olevia terveystuunnitelmia.

Ulkoasultaan terveystuunnitelma on selkokielineen ja sisältää paljon havainnollistavia kuvia. Toimeksiantajamme toivoi terveystuunnitelmasta kahta versiota, toinen jossa kaikki teksti on kirjoitettu tikkukirjaimin ja toisessa teksti on kirjoitettu tekstaten. Karesvuoren (2016) mukaan kehitysvammaiset henkilöt lukevat sujuvammin tikkukirjaimia ja se versio olisi tarkoitettu kehitysvammaisten henkilöiden käyttöön. Toinen versio olisi puolestaan tarkoitettu lähinnä henkilökunnan käyttöön esteettisyytensä vuoksi. Henkilökunta kuitenkin arvioi kumpaa yksilökeskeisen terveystuunnitelman versiota haluavat diabeteksen ohjauksen tukena käyttää. Valinta pohjautuu kehitysvammaisen henkilön yksilöllisiin tarpeisiin ja kognitiivisiin kykyihin.



KUVIO 4. Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman sisältö ja ulkoasu

5.4 Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman palaute

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä toimeksiantajamme Lahden kaupungin vammaispalvelujen kanssa. Olimme opinnäytetyöprosessin aikana useasti yhteydessä opinnäytetyömme toimeksiantajaan ja terveyssuunnitelman sisältöä on pohdittu heidän kanssaan. Yksilökeskeistä terveyssuunnitelmaa työstäessämme pyysimme palautetta ja toiveita opinnäytetyömme toimeksiantajalta. Yksilökeskeiseen terveyssuunnitelmaan tehtiin työstämisvaiheessa muutoksia palautteen pohjalta. Pyysimme myös palautetta ja vinkkejä yksilökeskeisen terveyssuunnitelman informatiivisuudesta Päijät-Hämeen Keskussairaalan sisätautien osasto 33–34:n hoitajilta, jotka antavat diabetesohjausta päivittäisessä työssään. Heidän palautteensa ja vinkkiensä myötä lisäsimme yksilökeskeiseen terveyssuunnitelmaan vielä lisää informaatiota.

Valmiin yksilökeskeisen terveyssuunnitelman annoimme opinnäytetyömme toimeksiantajan yhteen yksikköön arvioitavaksi ja koekäyttöön. Laitoimme heille myös sähköpostitse kysymykset ja pyysimme kirjallista palautetta.

Kysymykset koskivat yksilökeskeistä terveyssuunnitelmaa, mutta pyysimme myös palautetta opinnäytetyön teoriapohjasta. Kysyimme seuraavat kysymykset:

- Miten yksilökeskeinen terveyssuunnitelma on onnistunut tiedollisesti ja visuaalisesti?
- Vastaako yksilökeskeinen terveyssuunnitelma heidän tarpeitaan?
- Millaisia muutoksia heidän mielestään yksilökeskeinen terveyssuunnitelma kaipaa?
- Onko yksilökeskeinen terveyssuunnitelma ollut koekäytössä sekä miten koekäyttö on sujunut?

Aikataulusyistä saimme palautteen yksikön esimieheltä sähköpostitse ja puhelimitse. Henkilökunta oli tutustunut yksilökeskeiseen terveyssuunnitelmaan ja kysymyksiin rauhassa ennen palautteen antamista. Heiltä saatu palaute oli positiivista ja yksilökeskeinen terveyssuunnitelma oli toimeksiantajamme mukaan hyvin onnistunut. Palautteesta kävi ilmi, että yksilökeskeinen terveyssuunnitelma on sisällöltään kattava ja se antaa paljon informaatiota kehitysvammaisen diabeetikon arkeen. Lisäksi yksilökeskeinen terveyssuunnitelma oli toimeksiantajan mukaan visuaalisesti onnistunut. Toimeksiantajamme koki yksilökeskeisen terveyssuunnitelman vastaavan hyvin heidän tarpeitaan. Toimeksiantajan mukaan opinnäytetyön teoriaosuus oli hyvä lisä yksilökeskeiseen terveyssuunnitelmaan, myös opinnäytetyön liitteet koettiin hyviksi ja tarpeellisiksi.

Toimeksiantajallemme antamaamme valmiiseen yksilökeskeiseen terveyssuunnitelmaan ei palautteen johdosta tullut muutoksia. Tämän perusteella se on lopullinen versio, jota toimeksiantajallamme on kuitenkin lupa muokata omiin tarpeisiinsa sopivaksi. Yksilökeskeistä terveyssuunnitelmaa ei ole otettu vielä käyttöön, joten sen toimivuutta ei käytännössä tiedetä. Toimeksiantajamme on perehtynyt yksilökeskeisen terveyssuunnitelman sisältöön ja koetäyttänyt sen yhden asukkaan tietojen pohjalta. Toimeksiantajan arvion mukaan olemme onnistuneet opinnäytetyömme tavoitteessa ja tarkoituksessa.

Toimeksiantajan mukaan yksilökeskeinen terveyssuunnitelma on selkeä ja hyvä työväline avustajalle kehitysvammaisen henkilön ohjauksessa. Toimeksiantajan mukaan yksilöllinen terveyssuunnitelma myös mahdollistaa hyvin yksilöllisen ohjeistuksen diabeteksen hoitoon. Lisäksi yksilökeskeinen terveyssuunnitelma mahdollistaa hyvin yksilöllisen ohjauksen.

Yksilökeskeinen terveyssuunnitelma toimii hyvänä apuvälineenä kehitysvammaisen henkilön itsenäisemmässä diabeteksen hoidossa. Palautteessaan toimeksiantaja toteaa yksilökeskeisen terveyssuunnitelman olevan selkokielineen ja kuvasarjat ovat hyviä ja selkeitä. Kuvien avulla pystytään hyvin selventämään kehitysvammaiselle henkilölle diabeteksen hoitoon liittyviä asioita. Arvioivan yksikön kehitysvammaisen henkilön kohdalla kuvat selkiyttävät paljon asioita puheen tukena.

Toimeksiantajan mukaan yksilökeskeinen terveyssuunnitelma toimii hyvänä ohjeistuksena myös kehitysvammaisen henkilön ohjaajalle diabeteksen hoidossa. Toimeksiantajamme piti opinnäytetyön teoriaosuutta hyödyllisenä. Teoriaosuus toimii toimeksiantajan mukaan hyvänä tietopakettina tyyppin 1 diabeteksestä.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön arviointi ja hyödynnettävyys

Teoriana opinnäytetyössä käytettiin laadullisia tutkimuksia. Näiden tutkimusten ja muun lähdemateriaalin pohjalta muodostui tämän opinnäytetyön teoriapohja sekä yksilökeskeinen terveystuennitelma. Suurimmaksi osaksi käytetty aineisto oli kirjallista, mutta opinnäytetyössä käytettiin hyväksi myös toimeksiantajan haastattelua. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016a.) Haastattelut eivät olleet strukturoituja vaan ne etenivät keskustelunomaisesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016b). Haastatteluilla pyrittiin pääasiassa keräämään tietoa toimeksiantajan tarpeista sekä odotuksista. Haastatteluissa saatiin kuitenkin myös aineistoa opinnäytetyön teoriapohjaan, esimerkiksi tietoa Lahden kaupungin vammaispalveluiden toiminnasta.

Erityisen tärkeänä rakennuspalikkana opinnäytetyön synnyssä oli kirjoittajien oma ajattelu ja päättely, koska yksilökeskeistä terveystuennitelmaa ei ole aiemmin Suomessa tehty (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016a). Päätelemät perustuivat lähdemateriaalin analysointiin.

Analyysissa pyrimme tiivistämään keräämämme teoria-aineiston, jotta voimme ymmärtää ja tulkitsemaan sitä. Jaotimme aineiston pienempiin osiin, jonka jälkeen kokosimme siitä isompia kokonaisuuksia. Tämän jälkeen jatkoimme kokonaisuuksien tarkastelua ja jäsentelyä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016c.) Tavoitteenamme oli luoda tarpeeksi laaja ja eheä kokonaisuus opinnäytetyön teoriapohjaksi.

Tutustuimme huolellisesti opinnäytetyön teoriapohjaan. Opinnäytetyössä rajasimme tarkasti mitä aihealueita käsittelemme. Opinnäytetyön tuotoksen eli yksilökeskeisen terveystuennitelman tehtyämme aloimme kirjoittaa opinnäytetyön raporttia. Raportin pyrimme kirjoittamaan luotettavasti ja ohjeiden mukaisesti. Olimme opinnäytetyön tiimoilta tiiviisti yhteydessä toimeksiantajaamme ja ohjaavaan opettajaan, jotta opinnäytetyö eteni oikealla tavalla.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää Lahden kaupungin vammaispalveluiden henkilökunnalla. Opinnäytetyö lisää henkilökunnan tietoa tyypin 1 diabeteksesta ja sen hoidosta sekä kehitysvammaisen henkilön tyypin 1 diabeteksen hoidonohjauksesta.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli laatia Lahden vammaispalveluille selkokielinen yksilökeskeinen terveystsuunnitelma tyypin 1 diabetesta sairastavan kehitysvammaisen henkilön ohjauksen tueksi. Mielestämme yksilökeskeinen terveystsuunnitelma (liite 7) onnistui hyvin. Tavoitteemme oli noudattaa toimeksiantajamme toiveita prosessin alusta loppuun saakka. Onnistuimme tekemään yksilökeskeisestä terveystsuunnitelmasta selkokielisen sekä hyvin käyttämään työssä kehitysvammaisille selkeyttäviä kuvia. Mielestämme yksilökeskeinen terveystsuunnitelma on visuaalisesti onnistunut. Sen kuvat ovat värillisiä ja terveystsuunnitelmaa on mukava täyttää.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli edistää tyypin 1 diabetesta sairastavien kehitysvammaisten henkilöiden tietämystä sairaudestaan sekä edistää heidän taitojaan sairauden hoitamisessa. Tarkoituksena oli myös kehittää vammaisten henkilöiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan tietotaitoa tyypin 1 diabeteksesta. Tarkoituksen onnistumista emme voi itse arvioida, mutta toimeksiantajan mukaan onnistuimme hyvin.

Yksilökeskeistä terveystsuunnitelmaa voidaan hyödyntää Lahden kaupungin vammaispalveluiden eri yksiköissä kehitysvammaisten diabeetikkojen hoidon ohjauksen tukena. Onnistuimme tekemään yksilökeskeisestä terveystsuunnitelmasta helposti muokattavan, mikä lisää sen hyödynnettävyyttä ja käyttömahdollisuuksia.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön periaatteet on otettava huomioon opinnäytetyössä, jotta opinnäytetyötä voidaan pitää luotettavana ja hyvien eettisten käytäntöjen mukaisena. Tällaisessa opinnäytetyössä on otettava huomioon lähteiden oikeellisuus, raportin asianmukaisuus sekä oikea lähteisiin viittaaminen. Opinnäytetyön tulee myös olla tehty huolellisesti, rehellisesti

sekä avoimesti. (Kuula 2006, 34–35; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tätä opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu edellä mainittuja seikkoja. Erityisesti lähteiden kohdalla on jouduttu käyttämään harkintaa eettisyyden ja luotettavuuden osalta. Lähteissä pohdimme niiden ikää sekä kirjoittajia. Kuvien osalta opinnäytetyössä haluttiin noudattaa oikeaa lähdemerkintätapaa. Papunetin kuvapankissa on ohje, jonka mukaan kuvien lähdemerkinnät olisi pitänyt merkitä. Kyseinen merkintätapa ei olisi kuitenkaan soveltunut yksilökeskeiseen terveystsuunnitelmaan, tämän vuoksi kysyimme Papunetin verkkotoimittajalta vaihtoehtoisia tapoja merkitä kuvien lähteet. Saimme häneltä ohjeet, joiden mukaan yksilökeskeisen terveystsuunnitelman lähteet on merkitty.

Opinnäytetyön luotettavuutta pohdittaessa on otettava huomioon mahdolliset tulkintaerimielisyydet. Opinnäytetyön lukija ei välttämättä ymmärrä tekstiä samalla tavalla kuin tekstin kirjoittaja on sen tarkoittanut. Tämän vuoksi kirjoitettaessa on otettava huomioon monet mahdolliset tulkintavaihtoehdot. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224.) Tulkintavaihtoehtojen huomioonottaminen oli suuri haaste tässä opinnäytetyössä, sillä opinnäytetyön kohteena olivat kehitysvammaiset henkilöt. Opinnäytetyön tietopohjaan pyrittiin jättämään mahdollisimman vähän seikkoja lukijan omien päätelmien varaan. Tietopohjan on tarkoitettu olevan selkeä ja helpposti ymmärrettävä. Yksilökeskeinen terveystsuunnitelma kirjoitettiin selkokielellä ja siinä on käytetty Papunetin kuvia. Papunetin kuvat on tarkoitettu kehitysvammaisten henkilöiden helpottamaan kommunikaatiota (Papunet 2015; Karesvuori 2016). Yksilökeskeisestä terveystsuunnitelmasta on tehty kaksi versiota. Toinen on kirjoitettu tekstien ja toinen tikkukirjaimin. Nämä kaksi versiota vähentävät tulkintaerojen syntymistä eritasoisten kehitysvammaisen välillä.

Lisätäksemme yksilökeskeisen terveystsuunnitelman luotettavuutta pyysimme suunnitelmasta palautetta Lahden vammaispalveluista sekä diabetesohjausta toteuttavilta hoitajilta (Vilkka & Airaksinen 2004, 157). Palautteen pohjalta muokkasimme suunnitelmaa paremmin opinnäytetyön tavoitteita vastaavaksi sekä toimeksiantajan tarpeita vastaavaksi.

6.3 Kehittämis- ja jatkotoimenpide-ehdotukset

Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman toimivuus voidaan todeta ainoastaan käytössä. Odotamme yksilökeskeisen terveyssuunnitelman ottamista käyttöön Lahden kaupungin vammaispalveluiden yksiköissä, jotta yksilökeskeisen terveyssuunnitelman toimivuutta käytännössä voidaan tarkastella.

Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman kehittäminen jää Lahden kaupungin vammaispalvelujen yksiköille. Toivomme, että he jatkavat yksilökeskeisen terveyssuunnitelman kehittämistä eteenpäin. Ehdotamme että yksiköissä jalostetaan terveyssuunnitelmaa yksilöllisempään suuntaan. Nykyisellään yksilökeskeinen terveyssuunnitelman on yleispätevä, sitä ei ole voitu yksilöidä tietyn kehitysvammaisen henkilön tarpeisiin. Tätä yksilöintiä voidaan Lahden kaupungin vammaispalveluiden yksiköissä jatkaa, sillä yksiköiden henkilökunta tuntee asiakkaansa ja osaa näin vastata heidän tarpeisiinsa. Yksilöinnin yhteydessä toteutuisi yksilöllinen diabeteksen ohjaus kehitysvammaiselle henkilölle sekä ohjausta antava henkilökunta kehittyisi tyypin 1 diabeteksen hoidossa ja hoidonohjauksessa.

Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman yksilöinnillä tarkoitamme tässä yhteydessä esimerkiksi kuvien, tekstin tai terveyssuunnitelman muodon muuttamista kehitysvammaiselle henkilölle sopiviksi. Yksilökeskeisen terveyssuunnitelman kuvat, teksti sekä sanamuodot ovat vapaasti muokattavissa sitä käyttävän kehitysvammaisen henkilön tarpeita vastaavaksi. Nyt yksilökeskeinen terveyssuunnitelma on vihkomuodossa, mutta sen voi muokata esimerkiksi huonetauluksi.

Tulevaisuudessa yksilökeskeisiä terveyssuunnitelmia voidaan tehdä myös muista sairauksista. Yksilökeskeistä terveyssuunnitelmaa voidaan muokata myös yleisesti ylläpitämään ja edistämään terveyttä. Erityisesti kehitysvammaiset henkilöt voisivat hyötyä esimerkiksi epilepsiaa, painon hallintaa tai mielenterveyttä käsittelevistä yksilökeskeisistä terveyssuunnitelmista.

Suomessa on alettu ottaa yksilökeskeinen elämänsuunnittelu käyttöön myös vanhuksilla. Etelä-Karjalassa, Kanta-Hämeessä, Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa on ollut meneillään Pumppu-hanke, jonka osatoteu-

tuksena on pyritty ottamaan yksilökeskeinen elämänsuunnittelu käyttöön myös vanhuksilla. (Autio ym. 2014.) Jatkossa joko Lahdessa tai muualla Suomessa voitaisiin myös vanhuksilla ottaa käyttöön yksilökeskeinen terveyssuunnitelma yksilökeskeisen elämänsuunnittelun rinnalle. Uskomme, että esimerkiksi muistisairas vanhus voisi hyötyä yksilökeskeisestä terveyssuunnitelmasta terveytensä hoidossa. Pitkällä tähtäimellä yksilökeskeinen elämänsuunnittelu yhdessä yksilökeskeisen terveyssuunnittelun kanssa voisi edesauttaa vanhusten kotona pärjäämistä sekä kohottaa laitoshoidossa olevien vanhusten elämänlaatua.

Kehitysvammaisten henkilöiden ja vanhusten lisäksi yksilökeskeistä terveyssuunnitelmaa voitaisiin myös hyödyntää lapsilla. Kehitysvammaisten henkilöiden tavoin lapset hyötyvät selkokielisyydestä ja kuvien käyttämisestä hoidonohjauksessa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallgren, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arvio, M. & Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Duodecim.

Autio, T., Helminen, H., Kärki, T., Laaksonen, E., Laurén, M., Lyytikäinen, A., Mertanen, S. & Pulkki, H. 2014. Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu (YKS) ikäihmisten palveluissa. Saatavissa: <http://www.socca.fi/files/4304/YKS.pdf>

Cardol, M., Rijken, M. & Schrojenstein Lantman-de Valk, H. van. 2012. People with mild to moderate intellectual disability talking about their diabetes and how they manage. Journal of Intellectual Disability Research: 2012, 56(4), 351–360 Saatavissa: <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp4152.pdf>

Diabetesliitto 2016a. Liian matalan ja korkean verensokerin tuntemukset. Diabetesliitto. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/3382/Liian_matalan_korkean_verensokerin_tuntemukset_netiti.pdf

Diabetesliitto 2016b. Matalan verensokerin ensiapu. Diabetesliitto. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/files/118/EAwebFIN2010.pdf>

Diabetesliitto 2016c. Tulostettava hiilihydraattitaulukko. Diabetesliitto. Saatavissa: <http://www.diabetes.fi/files/4498/hiilaritaulukko2014.pdf>

Disability Information Service 2013. Intellectual Disability and Childhood Development. The Department for Communities and Social Inclusion, Government of South Australia. Saatavissa: http://www.sa.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/21240/intellectual-disability-and-childhood-development.pdf

Gates, B. & Mafuba, K. 2015. Learning disability nursing – Modern day practice. Boca Raton: CRC Press.

Goldenberg, R. & Punthakee, Z. 2013. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. Clinical Practice Guideline [viitattu 7.1.2016]. Saatavissa:

<http://guidelines.diabetes.ca/browse/chapter3>

Hardy, S., Woodward, P., WoolarD, p. & Tait, T. 2013. Meeting the health needs of people with learning disabilities. 3. painos. Saatavissa:

http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78691/003024.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huuhka, P. & Suominen, T. 2010. Kehitysvammaisen oman hallinnan tukeminen. Tutkiva hoitotyö 1/2010. 28–35.

Ilanne-Parikka, P. 2013. Tyypin 1 diabetes: insuliinihoito. Terveysportti [viitattu 8.12.15]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00557&p_haku=tyypin%201%20diabetes

Ilanne-Parikka, P. 2015a. Tyypin 1 diabetes- insuliinihoidon edellytykset. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 266–267.

Ilanne-Parikka, P. 2015b. Korvaavan insuliinihoidon toteutuksen lähtökohdat. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 267–269.

Ilanne-Parikka, P. 2015c. Verensokerin omamittausten tulkinta ja hyödyntäminen monipistoshoidossa. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 289–291.

Ilanne-Parikka, P. 2015d. Perusinsuliinin sopiva annostelu. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 273–274.

Ilanne-Parikka, P. 2015e. Liian matala verensokeri eli hypoglykemia. Diabetesliitto [viitattu 22.12.15]. Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/liian_matala_verensokeri_eli_hypoglykemia

Ilanne-Parikka, P. 2015f. Lievän hypoglykemian hoito insuliinia käyttävällä. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 313–314.

Ilanne-Parikka, P. 2015g. Vakavan hypoglykemian ja insuliinisokin hoito insuliinia käyttävällä. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 314.

Ilanne-Parikka, P. 2015h. Happomyrkytyksen eli ketoasidoosin hoito. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 316–317.

Ilanne-Parikka, P & Ruuskanen, E. 2015. Hiilihydraattien arvioiminen tyyppin 1 diabeetikon ruokailussa. Terveysportti [viitattu 8.12.15]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=db501307&p_haku=Verensokerin%20omamittauksen%20tulokinta%20ja%20hy%C3%B6dynt%C3%A4minen%20monipistoshoitossa

Karesvuori, T. & Haikonen, O. 2015. Lahden vammaispalveluiden palvelukehittäjä ja Salpakankaan palvelukodin esimies. Lahden kaupungin vammaispalvelut. Haastattelu 1.5.2015.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keskinen, P. 2016. Diabeteksen syntyä selvittävät seurantatutkimukset Suomessa. Duodecim [viitattu 19.3.2016]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=db502053&p_haku=diabeteksen%20synty%C3%A4

Knip, M. 2012. Miksi Suomessa sairastutaan tyyppin 1 diabetekseen useammin kuin missään muualla maailmassa? Lastenklänikka, Helsingin yliopisto ja HYKS [viitattu 15.6.15]. Saatavissa:

http://www.diabetestutkimus.fi/files/94/Mikael_Knip_14.11.2012.pdf

Koivikko, M. 2013. Diabeetikon hypoglykemia. Terveysportti [viitattu 22.12.15]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00553&p_haku=hypoglykemia

Koivikko, M. & Autti-Rämö, I. 2006. Mitä on kehitysvammaisen hyvä kuntoutus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2006;122, 1907–1912.

Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95906.pdf>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Lahden kaupunki 2015. Vammaispaalvelut. Vammaispaalveluiden esite. Saatavissa:

[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/E20C69862F967DC2C2257E4D003AC828/\\$file/Vammaispaalvelun%20esite%202015.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/E20C69862F967DC2C2257E4D003AC828/$file/Vammaispaalvelun%20esite%202015.pdf)

Lahtela, J. 2008. Diabetes sairautena. Teoksessa Rintala, T-M. Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 11–26.

Lehto-Lundén, T. 2012. Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu kehitysvammaisten henkilöiden kokemana. Pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37437/Tiina%20LL%20pro%20gradu.pdf?sequence=2>

Leskelä, L. & Virtanen, H. 2006. Selkokielen ABC. Teoksessa Leskelä, L. & Virtanen, H. (toim.) Toisin sanoen- Selkokielen teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry, 7–14.

MacRae, S., Brown, M., Karatzias, T., Taggart, L., Truesdale-Kennedy, M., Walley, R., Sierka, A., Northway, R., Carey, M. & Davies, M. 2015. Diabetes in people with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. Research in Developmental Disabilities: Volume 47. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422215001742>

Moore, D. 2009. Health Action Planning and Health Facilitation for people with learning disabilities: good practice guidance. Saatavissa: http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/DH_096506.pdf

Mustajoki, P. 2015a. Diabetes (sokeritauti). Duodecim [viitattu 19.7.15]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011

Mustajoki, P. 2015b. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Duodecim [viitattu 11.11.15]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774

Mäki, M. 2008. Toimimalla osallisuuteen. Kehitysvammaliitto. 2. painos. Saatavissa: http://papunet.net/tietoa/fileadmin/muut/Esitteet/toimimalla_osallisuuteen_web.pdf

Nikkanen, P. 2013. Insuliinihoito tyypin 1 diabeteksessä. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Saarijärvi: Duodecim, 538–540.

NSW Ministry of Health. 2012. Service Framework to Improve the Health Care of People with Intellectual Disability [viitattu 7.12.2015]. Saatavissa: <http://www.health.nsw.gov.au/disability/Publications/health-care-of-people-with-ID.pdf>

Papunet. 2015. Materiaalia kommunikoinnin tukemiseen. Kuvapankki [viitattu 18.8.2015]. Saatavissa: <http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki>

Pekkonen, L. 2008. Hoidonohjauksen erityiskysymyksiä: työikäisen diabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, T-M. Kotisaari, S. Olli, S. Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 107–125.

Pekkonen, L. 2013. Diabeteksen toteaminen. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Saarijärvi: Duodecim, 529–530.

Pekkonen, L. & Nikkanen, P. 2013. Tyypin 1 diabeetikon hoidon tavoitteet ja seuranta. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. Saarijärvi: Duodecim, 536–537.

Rahkonen, P. 2016. Liian matalan tai korkean verensokerin tuntemukset netti (pdf). Diabetesliitto. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/3382/Liian_matalan_korkean_verensokerin_tuntemukset_netti.pdf

Ransom, T., Goldenberg, R., Mikalachki, A., Prebtani, A. & Punthakee, Z. 2013. Reducing the Risk of Developing Diabetes. Clinical Practice Guideline [viitattu 7.1.2016]. Saatavissa: <http://guidelines.diabetes.ca/Browse/Chapter5>

Rey-Conde, T. & Lennox, N. 2007. Delivering diabetes care to people with intellectual disability. DiabetesVoice 52/2. [viitattu 8.12.2015]. Saatavissa: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_512_en.pdf

Ruuskanen, E. 2015. Hiilihydraattien arvioinnin aakkoset. Diabetesliitto [viitattu 8.12.15]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/hiilihydraattien_arvioinnin_aakkoset

Ruuskanen, S. 2008. Hoidonohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala, T-M. Kotisaari, S. Olli, S. Simonen, R. (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 63–80.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2016a. Laadullisen tutkimuksen elementit. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 29.3.2016]. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2016b. Haastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 29.3.2016]. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2016c. Analyysi ja tulkinta. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [viitattu 29.3.2016]. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3.html

Salonen, K. 2015. Insuliinipumpulla joustavaan hoitoon. Diabetesliitto [viitattu 6.8.15]. Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/insuliinipumpulla_joustavaan_hoitoon

Salonen, K. 2016. Verensokeritason säätely omaseurannan avulla. Diabetesliitto. [viitattu 29.2.2016]. Saatavissa:

http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/verensokeritason_saately_omaseurannan_avulla

Saraheimo, M. 2011a. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Saarijärvi: Kustannusyritys Oy Duodecim, 24–26.

Saraheimo, M. 2011b. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa Ilanne, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Saarijärvi: Kustannusyritys Oy Duodecim, 10–12.

Saraheimo, M. 2015a. Tyypin 1 diabetes ja siihen sairastuminen. Teoksessa Ilanne, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 15–18.

Saraheimo, M. 2015b. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 11–13.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2015. Diabeteksen yleisyys. Teoksessa Ilanne, P., Rönne-
maa, T., Saha, M-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. Tampere: Kustannusyhtiö Oy Duodecim, 10–11.

Seppälä, H. & Rajaniemi, M. 2013. Sosiaalinen näkökulma. Vernerinet -
Kehitysvamma-alan verkkopalvelu [viitattu 8.2.2016]. Saatavissa:
<http://verneri.net/yleis/sosiaalinen-nakokulma>

Seppälä, H. & Leskelä-Ranta, A-E. 2014. Toimintakyvyn näkökulma. Vernerinet -
Kehitysvamma-alan verkkopalvelu [viitattu 8.2.2016]. Saatavissa:
<http://verneri.net/yleis/toimintakyvyn-nakokulma>

The Centre for Developmental Disability Health Victoria. 2014. Working
with people with intellectual disabilities in healthcare settings. Saatavissa:
<http://www.cddh.monash.org/assets/documents/working-with-people-with-intellectual-disabilities-in-health-care.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen
loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa:
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vernerit. 2014. Yksilökeskeinen elämänsuunnittelu. Vernerinet - Kehitysvamma-
alan verkkopalvelu [viitattu 16.4.2015]. Saatavissa:
<http://verneri.net/yleis/yksilokeskeinen-elamansuunnittelu>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki:
Tammi.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Tammi.

World health organisation 2015. Definition: intellectual disability [viitattu 7.6.2015]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Yki-Järvinen, H & Tuomi, T. 2013. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Terveysportti [viitattu 17.12.15]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00552&p_haku=tyypin%201%20diabetes

LIITTEET

LIITE 1. Matalan verensokerin tuntemukset

LIITE 2. Matalan verensokerin ensiapu

LIITE 3. Korkean verensokerin tuntemukset

LIITE 4. Insuliinihoidon nyrkkisääntö

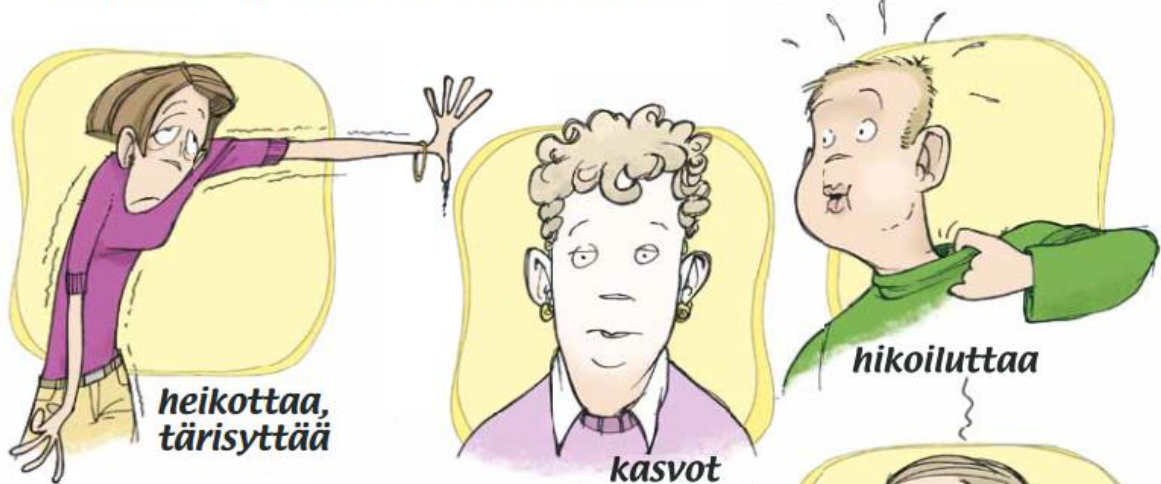
LIITE 5. Hiilihydraattitaulukko

LIITE 6. Tulostettava hiilihydraattitaulukko

LIITE 7. Yksilökeskeinen terveyssuunnitelma

Matalan verensokerin tuntemukset (Diabetesliitto 2016a).

MATALAN VERENSOKERIN TUNTEMUKSET



Diabetes | Ensiapu

T i e d ä t k ö ?

● Viereiset tunnukset ja kortti merkitsevät diabetesta. Insuliini- tai tablettihoidon vuoksi diabeetikon veren sokeripitoisuus voi joskus laskea liikaa. Liian matala verensokeri aiheuttaa yleensä insuliinituntemuksia. Ne hälyttävät diabeetikon syömään tai juomaan jotakin, joka nopeasti nostaa veren sokeripitoisuutta. Ellei tuntemuksiin puututa, seuraa lopulta tajuttomuus eli insuliinisokki.

Tavallisimpia insuliinituntemuksia ovat **hikollu, vapina, kalpeus, epäselvä puhe, horjuva liikkuminen tai muu poikkeava käytös.**

Yleensä diabeetikko huomaa ja korjaa tilanteen itse, mutta joskus hän voi tarvita apua.



O s a a t k o ?



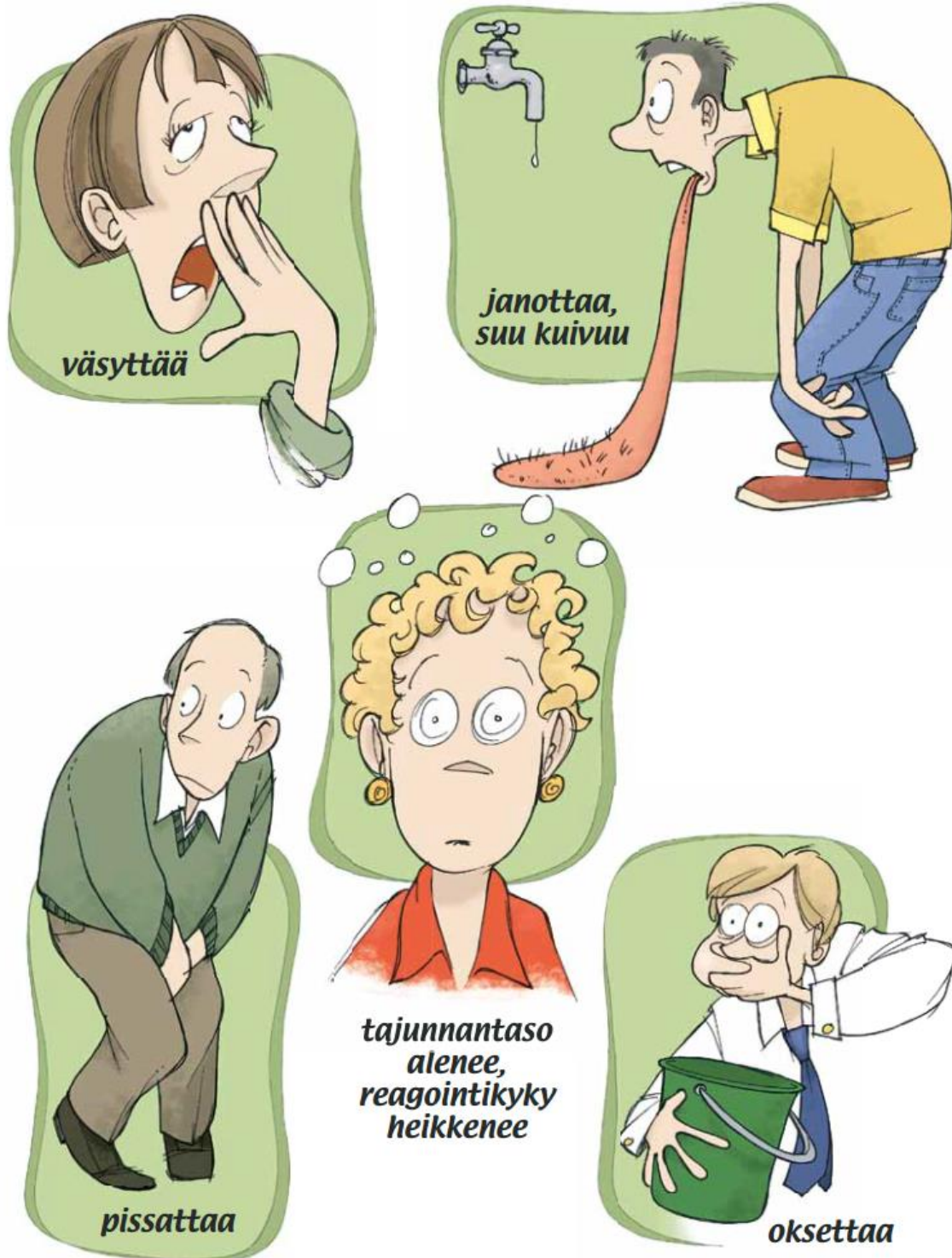
● Liian matalan verensokerin nostamiseksi diabeetikko tarvitsee **sokeripitoista syötävää tai juotavaa.** Ensiapuannokseksi käy esimerkiksi jokin seuraavista:

- 4–8 palaa tavallista sokeria tai glukoositabletteja (esim. Siripiri)
- hunajaa tai siirappia
- lasillinen tuoremehua tai sokerillista virvoitusjuomaa
- hedelmiä
- makeisia

Jos matalan verensokerin oireet eivät helpotu 10–15 minuutin kuluttua syömisestä tai juomisesta, toimita diabeetikko sairaalaan.

Jos diabeetikko on tajuton, toimita hänet heti sairaalaan. Älä koskaan anna tajuttomalle syömistä tai juomista tukehtumisvaaran takia.

KORKEAN VERENSOKERIN TUNTEMUKSET



Piirroksia: PIRKA KAHKONEN

Insuliinihoidon nyrkkisääntö (Ilanne-Parikka 2013).

Ateriainsuliinihoidon suuntaa antavat nyrkkisäännöt keskivertoyksilöllä:

- 1.** 10 grammaa hiilihydraattia nostaa verensokeria n. +2 mmol/l
- 2.** 10 grammaa hiilihydraattia vaatii katteekseen n. 1 yks. ateriainsuliinia
- 3.** 1 yks. ateriainsuliinia laskee verensokeria n. -2 mmol/l

Hiilihydraattitaulukko (Ruuskanen 2015).

<i>Vain vähän hiilihydraattia, ei tarvitse laskea</i>	<i>Näissä annoksissa on noin 10 grammaa hiilihydraattia</i>	<i>Näissä annoksissa on noin 20 grammaa hiilihydraattia</i>
<i>Vihanneksissa on vähän hiilihydraatteja</i>	<i>Ruisleipä</i>	<i>Iso leipäpala</i>
	<i>Näkkileipä</i>	
	<i>Paahtoleipä</i>	<i>Karjalanpiirakka</i>
	<i>Desilitra puuroa</i>	
<i>Liha, kala, kananmuna, juusto ja makkara eivät sisällä merkittävästi hiilihydraattia</i>	<i>2/3 dl perunamuusia</i>	<i>Keskikokoinen banaani</i>
	<i>2/3 dl riisiä</i>	
	<i>2/3 dl pastaa</i>	
	<i>Kanamunan kokoinen peruna</i>	
<i>Rasvassa ei ole lainkaan hiilihydraattia</i>	<i>Omena</i>	<i>Pieni pulla</i>
	<i>Eskimopuikko</i>	
	<i>Noin 2 desilitraa marjoja</i>	
	<i>2 desilitraa maitoa</i>	

Tulostettava hiilihydraattitaulukko (Diabetesliitto 2016c).

Lämpimiä ruokia

Ruoka-aine	Annos	hh g
Kinkku- tai kirjolohiksaus	1 dl	10–15
Risotto	1 dl	10–15
Lasagne	1 dl	15
Lihaperunasoselaatikko	1 dl	15
Lihamakaronilaatikko	1 dl	15–20
Lanttuperuna-, porkkanaaatikko	1 dl	15–20
Maksalaatikko	1 dl	20–25
Kaalikeitto, ilman perunaa	lautasellinen (3 dl)	n. 5
Kasvisosekeitot	lautasellinen	10–15
Pinaatti- ja kesäkeitto	lautasellinen	15–20
Hernekeitto	lautasellinen	30
Makkara-kala-, lihakeitto	lautasellinen	
- riippuu perunan määästä, jos 2 perunaa:		20
Pinaattiohukaiset (kaupan)	4 kpl	15–20
Kalaputot	2–3 kpl	10
Mustamakkara	n. 15 cm	20
Ryymimakkara	1 kpl	15–20

Pikaruokia

Hampurilainen, tavallinen	1 kpl	30
Kerroshampurilainen	1 kpl	40
Ranskalaiset perunat	1 dl	15
Pitsa,aines	1 kpl	50–60
Pitsa, ravintola	1 kpl	70–90

Hedelmiä, marjoja, vihanneksia ym.

Ruoka-aine	Annos	hh g
Appelsiini, omena, päärynä, kiivi	1 kpl keskikokoinen	10
Mandariini	1 kpl	5
Vinirypäle	1 dl	10
Banaani	1 keskikokoinen	20
Säilykeananas (omassa liemessä)	2 rengasta	10
Aprikoosi, luumu	-tuore 3 kpl -kuivattu3 kpl	10 10
Persikka, nektariini	1 kpl	10
Taatel, kuivattu	3 kpl	10
Rusinat	1,5 rkl	10
Meloni	150 g ilman kuorta	10
Marjat, tuoreet, keskimäärin	2–3 dl	10
Vadelma	4–5 dl	10
Kirsikat, tuoreet	n. 1,5 dl	10
Pakastemarjat, sulaneet	1 dl	10
Hedelmä- tai marjasose, makeuttamaton	1 dl	10
Hillo, marmeladi	1 rkl	5–10
Herne, ilman palkoa (tuore tai pakastettu)	1 dl	5
Pavut (kuivatuista keitetyt)	1 dl	10
Linsit (kuivatuista keitetyt)	1 dl	15
Maisi	1 dl	15
Rosolli	1 dl	5
Pähkinät, useimmat	1 dl	5–10

Hiilihydraattitaulukko

Taulukkoon on valittu tavallisimmat, merkittävästi hiilihydraattia sisältävät ruoka-aineet, jotka on huomioitava pikainsuliinin annostelussa.

Laajempi ja tarkempi taulukko on verkkosivullamme: www.diabetes.fi/hiilihydraattitaulukko

Useimmat elintarvikepakkaukset kertovat hiilihydraattimäärän 100 grammaa kohden ja/tai annosta kohden.



Maitovalmisteita

Ruoka-aine	Annos	hh g
Maito, piimä	lasillinen (2 dl)	10
Maustamaton jogurtti, viili	2 dl	10
Vähäsokeinen jogurtti* 1 purkki (1,25-1,5 dl)		10
Maustettu jogurtti, viili* 1 purkki (2 dl)		25
Vanukas* 1 purkki (1,2 dl)		20
Maitorahka, makeuttamaton 1 dl		5
Irtotähteio 1 dl (50 g)		10
Jäätelöpuikko (Eskimo)* 1 puikko		10
Jäätelötuutti tavallinen* 1 tuutti		20–25
Mehujaat* 1 puikko		10–20

*Tarkista tuotekohtainen tieto pakkauksesta.

Jälkiruokia

Ruoka-aine	Annos	hh g
Marjaraika	1 dl	10–15
Marjakisseli	1 dl	10–15
Hedelmasalaatti tuoreista hedelmistä	1 dl	10
Hedelmasalaatti, säilyke, sokeroituneessa	1 dl	15
Pannukaku	1 pala (100 g)	20
Marjapuuro, vispipuuro	1 dl	15–20
Vaniljakastike	1 dl	10–15
Mämmi	1 dl	30–35

Makeisia, suolaisia naposteltavia

Kovat ja pehmeät karkit, irtokarkit, marmeladi	100 g	80–90
Lakritsi, toffee	100 g	70–80
Lakritsi	1 patukka (15 g)	10
Salmiakki	1 rasia (40 g)	20–25
Suklaa	100 g	50
	1 patukka (40 g)	20
Jugurtti- ja suklaarusinat	100 g	50–60
Suolapähkinät	1 dl	5–10
Popcorn	5 dl	10–15
Kuorrutetut pähkinät (esim. chilipähkinät)	1 dl	15–20
Juustonaksut	5 dl	15–20
Perunalaistut, maissilaistut	5 dl	30–35

Perunalaistut, maissilaistut ja juustonaksut sis. n. 50–60% painosta hiilihydraattia

Juomia

Täysmehu, tuoremehu, nektari	1 dl	10
Virvoitusjuomat, sokerialla makeutetut*	1 dl	10
Virvoitusjuomat, tihti**	1 dl	0
*useimmat, jotkut osittain makeutettu sokerialla(energiattomia, tarkista hh-määrä pullosta)	1 dl	0
Lightmehu (energiaton makeutusaine)	1 dl	0
Kotikalla	2 dl	5–10

Viljavalmistteet

Ruoka-aine	Annos	hh g
Leipä	pieni viipale (n. 20 g) tavallinen viipale (n. 30 g) (useimmat palailevat)	10 15
Sämpylä	pieni (n. 40 g) tavallinen (n. 60 g)	20 30
Patonki	noin 10 cm pala (50–60 g)	25–30
Voileipäkeksi, riisikaku	1 kpl	5
Näkkileipä	tavallinen viipale (n. 15 g)	10
Hapankorppu, kapea	3 kpl	10
Hapankorppu, leveä	2 kpl	10
Karjalanpiirakka	keskikokoinen (60–70 g)	20–25
Pieni karjalanpiirakka (coctailpiirakka)	1 kpl (30 g)	10
Korppu	1 kpl	5–10
Ohukaiset	5 pientä, ohutta täytettyä tai 4 ”laupan” ohukaisia	10 20
Puuro, yrtteen keitetty	1 dl	10
Puuro, maidon keitetty	1 dl	15
Veili, maidon keitetty	2 dl	15
Aamiaismurot	1 dl	10
Vehnämuroke	1 kpl	10
Mysli	2 reilua tkl	10
Taco-kuori	2 kpl	10–15
Tortillapohja	halv. n. 20 cm (40 g)	20
Taikkuna	2 tkl	10–15

Juomia, jatkuu

Höyrymehu sokeroitu, vesi+2 tkl mehua	2 dl	n. 15
Mehuomativiste ohjeen mukaan laimennettu	2 dl	n. 15
Kaakaotaute sokeroitunut, maito+2 tkl kaakaota	2 dl	20

Kahvileivät, leivonnaiset, keksit

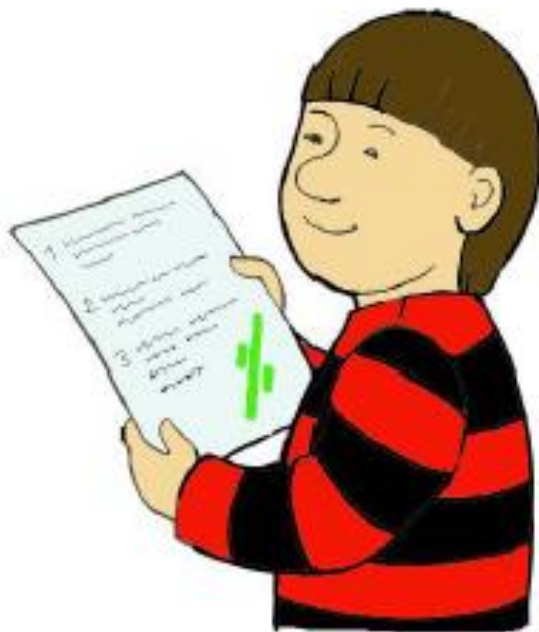
Ruoka-aine	Annos	hh g
Keksi, piparkaku	1 kpl	5
Pullaviipale	1 kpl, ohut, n. 1 cm	10
Täytekeksi	1 kpl	10
Kääretorttu	1 viipale (20 g)	10
Pikkupulla	1 kpl (40–50 g)	20–25
Täytekaku	1 pala (n. 60 g)	20
Marjapiirakka	1 pienenkö pala (50–60 g)	20–25
Munkki, ei hilloa	1 kpl (n. 60 g)	20–25
Hillomunkki	1 kpl (n. 60 g)	30
Hillomunkki, iso	1 kpl (90–100 g)	50–60
Berliinimunkki	1 kpl (100–120 g)	55–65
Croissant	1 kpl (n. 50 g)	20
Kahvikaku (muroja)1 viipale (n. 30 g)		15
Muffini -pieni 1 kpl (35–40 g)		15–20
-keskikokoinen 1 kpl (n. 70–80 g)		30–35
-iso 1 kpl (n. 100 g)		50
Viineri	1 kpl (n. 80 g)	25–30

Peruna, pasta, riisi yms.

Peruna keskikokoinen (60 g), noin kannamunan kokoinen		10
Perunasose	1 dl	15
Pasta, makaroni, nuudeit (neitetty)1 dl		15
Riisi (neitetty)	1 dl	15–20
Kuskus, kypsennetty	1 dl	15–20
Peruna-, punajuurijä italiansalaatti	1 dl	10
Valkosipuli- ja kernapetunat	1 dl	15

LIITE 7

Minun yksilökeskeinen terveyssuunnitelmani



Tyypin 1 diabetes

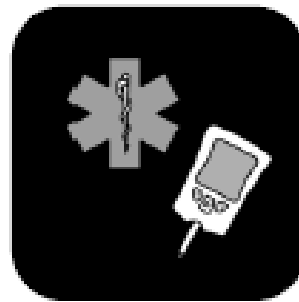
Minun nimeni on _____

Minä asun _____

Puhelinnumero _____

Minun omahoitajani on _____

Minulla on diabetes



Minun diabeteshoitajani on _____

Puhelinnumero _____

Minun lääkäriäni on _____

Puhelinnumero _____

Käyn diabetesvastaanotolla _____

Seuraava käynti on _____

Verensokeri mitataan



Verensokerin mittausvälineet
säilytetään huoneenlämmössä



Verensokerin mittausvälineitä säilytetään

Verensokerin mittaaminen

1. Varaa tarvittavat välineet



Verensokerimittari



Liuskat



Lansetti



Paperipala

2. Pese kädet vedellä ja saippualla



3. Kuivaa kädet hyvin



4. Laita liuska verensokerimittariin



5. Valitse sormenpää
johon pistät lansetilla



6. Pistä lansetilla sormenpäähän



7. Pyyhi ensimmäinen veripisara pois



8. Kosketa liuskalla veripisaraa



9. Kirjoita tulos seurantavihkoon



Kun verensokerini on matala, tunteukset ovat



Huimaa



Päätä särkee



Hikoiluttaa



Tärisyttää

Kun verensokerini on matala, tuntemukset ovat



Nälkä



Olo on
poissaoleva



Mielialat
vaihtelevat



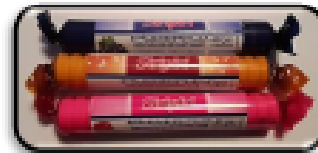
Pyörtyminen

Ensiapu, kun verensokeri on matala

Mittaa verensokeri

Matalan verensokerin raja-arvo on _____

8 Siripiri- tablettia



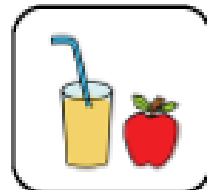
8 palaa sokeria



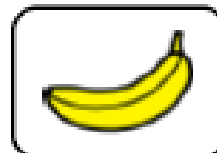
2 ruokalusikallista hunajaa



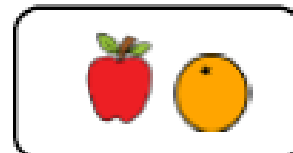
1 lasi mehua



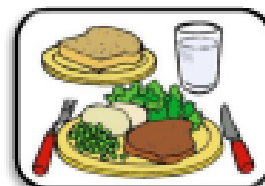
1 banaani tai



2 omenaa tai appelsiiniä



Syö kunnollinen ateria, että
verensokeri nousee



Mittaa verensokeri uudelleen noin 15 minuutin kuluttua

Kun verensokeri on korkea, tunteukset ovat



Väsyttää



Janottaa



Pissattaa



Oksettaa

Kun verensokeri on korkea, tuntemukset ovat





Ensiapu, kun verensokeri on korkea

Mittaa verensokeri

Korkean verensokerin raja-arvo on _____

Korkea verensokeri korjataan
aterian yhteydessä pikainsuliinilla



Pikainsuliiniannos lasketaan verensokerin
ja hiilihydraattien mukaan

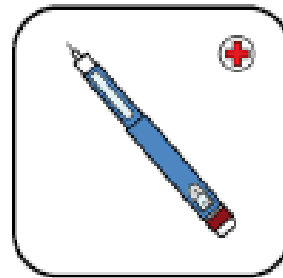


Pikainsuliiniannoksen laskuohje

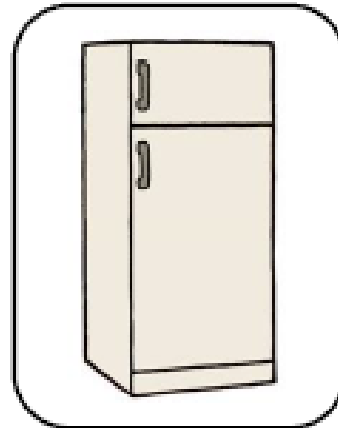
Mittaa verensokeri uudelleen seuraavan aterian yhteydessä

Jos verensokeri on usein korkea, ota yhteyttä diabeteshoitajaan

Insuliinikynän säilytys

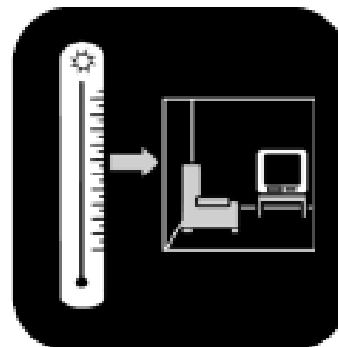


Uusi insuliinikynä säilytetään
jääkaapissa



Kun insuliinikynä loppuu, ota uusi
kynä jääkaapista huoneenlämpöön

Käytössä oleva insuliinikynä
säilytetään huoneenlämmössä



Insuliini säilyy huoneenlämmössä
noin 1 kuukauden

Insuliinikynää säilytetään

Käytössä oleva pitkävaikutteinen insuliini on

Insuliinia pistetään

Insuliinin pistopaikat ovat



Vatsa



Pakara



Reisi

Insuliinin pistäminen

1. Ota insuliinikynä ja neula esille



2. Poista neulasta suojapaperi ja kierrä neula insuliinikynään



3. Ota suojat pois neulasta



4. Kierrä insuliinikynään 2 yksikköä ja paina kynän päätä

5. Katso, että neulan päähän tulee pisara insuliinia



6. Kierrä kynästä oikea
yksikkömäärä insuliinia



7. Ota toisella kädellä ihosta
pöimä



8. Pistä neula ihoon ja paina
insuliinikynän päätä niin, että
painike menee pohjaan



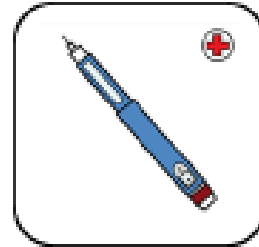
9. Pidä neula ihossa ja laske
10:een

10. Ota neula pois ihosta

11. Kierrä neula pois insuliinikynästä ja laita neula neularoskikseen

Ateriainsuliinin määrän laskeminen

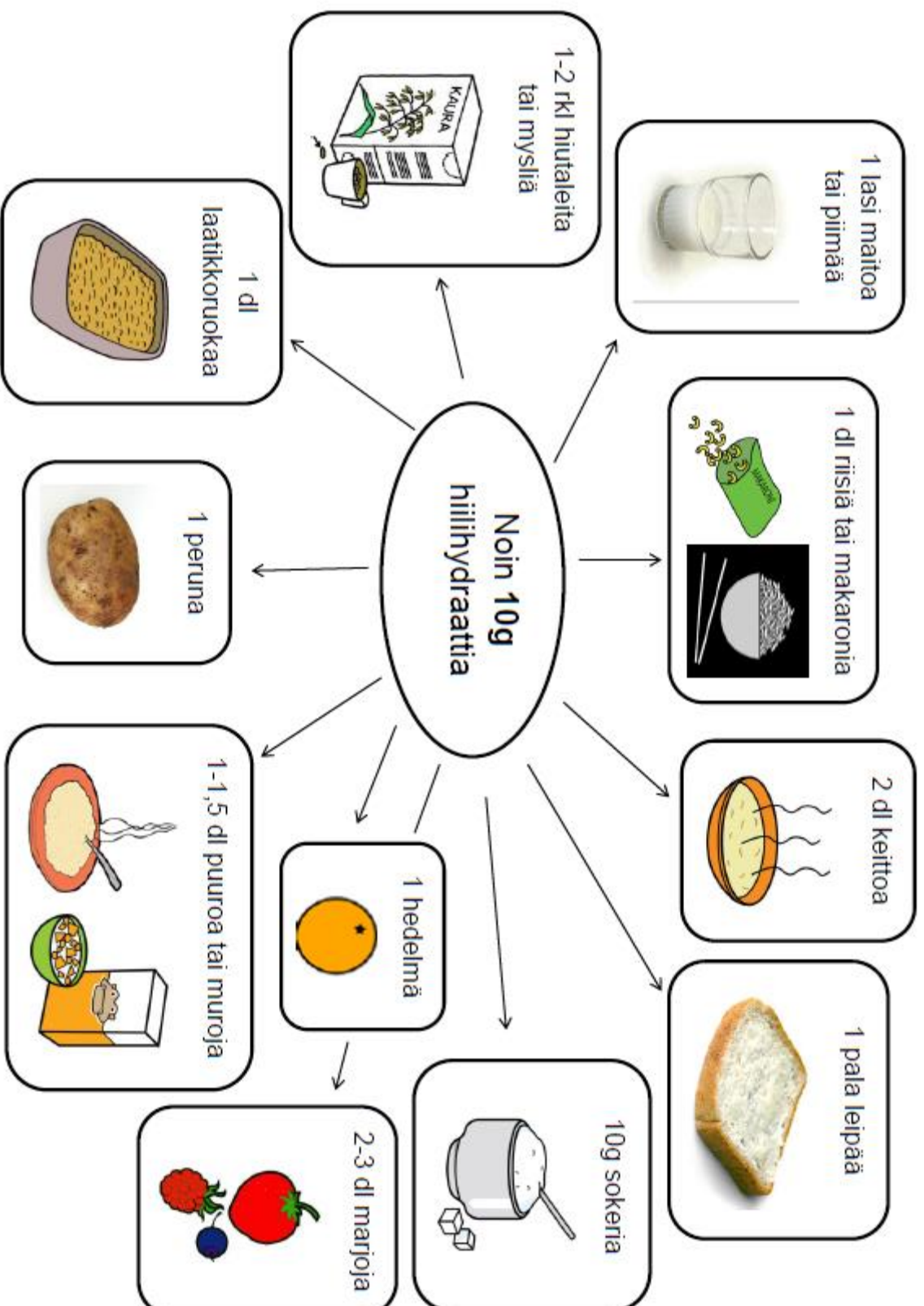
Minulla on käytössä ateriainsuliini



Insuliiniannos lasketaan verensokerin ja hiilihydraattien mukaan



Insuliiniannoksen laskuohje



Diabeetikon hyvät elämäntavat

Syö vähintään 3 ateriaa ja
1-3 välipalaa päivässä



Syö säännöllisesti eli joka päivä
suunnilleen yhtä monta kertaa ja
samaan aikaan



Syö terveellisesti lautasmallin mukaan



Diabeetikon hyvät elämäntavat

Harrasta liikuntaa ja ulkoilua

Liikunta laskee verensokeria



Syö pieni välipala ennen liikuntaa ja pistä
insuliinia vähemmän kuin normaalisti

Pidä mukana pientä syötävää tai juotavaa



Diabeetikolle ei suositella lainkaan
alkoholia ja tupakkaa tai niitä on
käytettävä hyvin vähän



Alkoholi ja tupakka lisää riskiä sairastua
lisäsairauksiin



LÄHTEET

Axberg, A. 2016. Verensokerin mittaaminen. Diabetesälämää [viitattu 14.2.2016].

Saatavissa: <http://www.diabeteselamaa.fi/verensokerin-mittaaminen/>

Becton Dickinson and Company 2016. How to inject with the pen. Becton Dickinson and Company [viitattu 17.2.2016]. Saatavissa:

<http://www.bd.com/us/diabetes/page.aspx?cat=7001&id=7250>

Becton Dickinson and Company 2016. Insuliinin pistopaikat. Becton Dickinson and Company [viitattu 17.2.2016]. Saatavissa:

<https://www.bd.com/ca/diabetes/english/page.aspx?cat=14502&id=14909>

Hokkanen, P. 2016. Kuvat. Papunetin kuvapankki. Saatavissa:

<http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki>

Ilanne-Parikka, P. 2013. Tyypin 1 diabetes: ruokavaliohoito ja liikunta. Terveysportti [viitattu 28.2.2016]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/tk/koti?p_artikkeli=ykt00558&p_haku=1%20tyypin%20diabetes

Kulo, E. 2016. Kuvat. Papunetin kuvapankki. Saatavissa:

<http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki>

Mustajoki, P. 2009. 10 hiilihydraattigramman annoksia. Terveysportti [viitattu 14.2.2016]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00380

Mustajoki, P. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia) diabeetikolla. Terveysportti [viitattu 14.2.2016]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00757

Nortunen, J. 2016. Kuvat. Papunetin kuvapankki. Saatavissa:

<http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki>

Palao Sergio/CATEDU. 2016. Kuvat. ARASAAC. Saatavissa: <http://catedu.es/arasaac>

Salonen, K. 2016. Verensokeritason säätely omaseurannan avulla. Diabetesliitto. [viitattu 29.2.2016]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/tyypin_1_hoidon_abc/verensokeritason_saately_omaseurannan_avulla

Sampolahti, E. 2015. Verensokerin mittauksessa tekniikalla on väliä. Diabetesliitto [viitattu 14.2.2016]. Saatavissa: <http://diabeteslehti.diabetes.fi/blog/2015/11/08/verensokerin-mittauksessa-tekniikalla-on-valia/>

Sclera 2016. Kuvat. Sclera npo. Saatavissa: www.sclera.be

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2015. Terveellinen ruokavalio- Lautasmalli. Papunet selkosivut [viitattu 27.2.2016]. Saatavissa: <http://papunet.net/selko/artikkelit/terveellinen-ruoka/ruokalautasmalli/>

Vanninen, E. 2016. Kuvat. Papunetin kuvapankki. Saatavissa: <http://papunet.net/materiaalia/kuvapankki>

Virtanen, S., Aro, E., Keskinen, P., Lindström, J., Rautavirta, M., Ventola, A-L. & Virtanen, L. 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus. Diabetesliitto. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/104/Diabeetikon_ruokavaliosuositus.pdf

Yksilökeskeinen terveyssuunnitelma- Tyypin 1 diabetes

Tekijät: Kaisa Hänninen, Tiia Mäkinen ja Niina Niinimäki

Hoitotyön opinnäytetyö kevät 2016

Lahden ammattikorkeakoulu

Toteutettu yhdessä Lahden Kaupungin vammaispalveluiden kanssa